

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SONIA MARIA KALCKMANN DE MACEDO

DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

CURITIBA

2019

SONIA MARIA KALCKMANN DE MACEDO

DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Linha de Pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Karla Crozeta Figueiredo  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Aida Maris Peres

CURITIBA

2019

## FICHA CATALOGRÁFICA

Macedo, Sonia Maria Kalckmann de

Desenvolvimento organizacional da Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] : estratégias para o fortalecimento da segurança do paciente / Sonia Maria Kalckmann de Macedo – Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Karla Crozeta Figueiredo

Coorientadora: Professora Dra. Aida Maris Peres

1. Enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Atenção Primária à Saúde.  
4. Cultura de segurança. I. Figueiredo, Karla Crozeta. II. Peres, Aida Maris.  
III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 362.10425

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275

## TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -  
40001016045P7

### TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **SONIA MARIA KALCKMANN DE MACEDO**, intitulada: **DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 25 de Fevereiro de 2019.

  
AIDA MARIS PERES

Presidente da Banca Examinadora

  
LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF  
Avaliador Interno (UFPR)

  
SIMONE GRATIVOL MARCHON  
Avaliador Externo (FIOCRUZ)

*Dedico essa dissertação à minha família, em especial a minha mãe, Eva Macedo, por todo apoio, carinho e dedicação. A todos os enfermeiros que atuam na Atenção Primária a Saúde, em especial aos que me ajudaram na construção desse trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar na realização desse trabalho, ofertando sabedoria, paciência, resiliência e força nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, Eva Macedo e Roberto Macedo, por todo carinho, amor, incentivo e paciência nos meus momentos de ausência. Não permitiram que eu desistisse dos meus sonhos, pois me ensinaram a coragem, a honestidade e a dignidade, proporcionando lição de vida, e nunca descreditaram do meu potencial. Agradeço a Deus por me ter colocado na vida de vocês. Vocês são um grande exemplo pra mim. Amo vocês!

À minha vó Sonia Kalckmann, por me proporcionar o melhor sempre que precisei, principalmente pelos almoços e cafés da tarde, pois era nesses momentos que conseguíamos conversar sobre a vida.

Ao meu irmão Roberto Macedo Junior, por todo apoio e incentivo durante esse mestrado. Sempre disposto a me ajudar. Obrigada, por seu meu irmão!

Aos meus irmãos Devanir Ribeiro e Darlan Ribeiro (*in memoriam*), por todo cuidado, carinho e dedicação. Saibam que vocês sempre estarão nos meus pensamentos. Saudades eternas!

Ao meu sobrinho Lucas Ribeiro, pelo amor que preenche meu coração em poder ter você como irmão. Agradeço imensamente a paciência e o auxílio nas madrugadas para a construção desse trabalho.

Ao meu sobrinho Jean Ribeiro, também pelo amor que preenche meu coração por ter você na minha vida.

À minha prima Maria Heli, por toda a confiança e dedicação aos meus estudos. Tenho muito agradecer a você por tudo que fez na minha vida. Obrigada por todo o seu apoio!

Ao meu primo Ronuel Macedo (*in memoriam*), por acreditar no meu potencial. Você foi um grande exemplo na minha vida!

À minha grande amiga Fabieli Borges, por estar comigo em todos os momentos desse mestrado. Também foi uma pessoa muito importante para que não me deixasse desistir nos momentos mais difíceis. Obrigada por tudo! A melhor dupla da UFPR. Amigas do mestrado para a vida.

As minhas amigas/irmãs Anna Lenzi e Anna Feldhaus, por sempre me apoiarem. Agradeço por todas as palavras de incentivo e pelos abraços nos momentos de felicidade e também de tristeza. Ter vocês na minha vida é um privilégio.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Karla Crozeta Figueiredo, por me aceitar como mestranda e acreditar no meu potencial como discente. Agradeço pelos ensinamentos durante todo o meu processo de formação acadêmica e profissional. Obrigada por me conduzir durante esses dois anos!

À minha coorientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aida Maris Peres, por todos os ensinamentos e dedicação durante esses dois anos. Você me proporcionou grandes conhecimentos!

Aos membros do Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS), por me acolherem e me auxiliarem na realização desse projeto. Agradeço a todos vocês pelos ensinamentos compartilhados em todas as reuniões.

À Fernanda Letícia Cauduro, por ter despertado em mim o interesse de pesquisar sobre a Cultura de Segurança na Atenção Primária à Saúde no momento da residência e também por ter me apoiado para iniciar o mestrado.

À banca examinadora, desde a qualificação até a defesa, agradeço imensamente pela paciência, dedicação e contribuição.

Ao Guilherme Pereira, pela disponibilidade e solidariedade em auxiliar na realização dos cálculos estatísticos.

Ao pequeno grupo de orientação da professora Karla (Ana, Carol, Luís, Ana Kercia, Alexandra, Silvana e Fernanda), por toda a parceria e desabafos durante esses dois anos.

A todos os meus colegas de mestrado, pelos momentos de alegrias e angústias vivenciados em conjunto.

A todos os profissionais envolvidos do Distrito Sanitário do Boqueirão, que aceitaram participar dessa pesquisa e que, com muita sabedoria e paciência, contribuíram para o desenvolvimento do projeto.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, principalmente à secretária Cínthia, pelos momentos de atenção na secretaria.

À Universidade Federal do Paraná, por ofertar um ensino qualificado.

Aos docentes do Mestrado Acadêmico, por toda a compreensão, paciência, valiosos ensinamentos transmitidos e oportunidade de crescimento.

À coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (Capes), pelo apoio para a realização desse estudo – Código de Financiamento 001.



“Você recebeu educação. Seu grau está no seu diploma. Você pode pensar nisso como um ticket para uma vida boa. Deixe-me pedir para você pensar de uma maneira diferente. Pense nisso como um ticket para mudar o mundo”.

**Tom Brokaw**

## RESUMO

A segurança do paciente é uma dimensão fundamental para a qualidade em saúde, e visa promover a redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência de saúde. Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada das redes de atenção, e muitas vezes, os eventos adversos são iniciados nesse cenário, com isso, nota-se que a cultura de segurança do paciente é vista como ponto de partida para compreender o cenário atual e planejar ações para o aperfeiçoamento do cuidado. Os objetivos desse estudo foram: descrever a cultura de segurança entre os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde; Apresentar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos desafios a serem enfrentados na Atenção Primária à Saúde para o desenvolvimento organizacional; e elencar estratégias genéricas e específicas de mudança que fortaleçam a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quanti-qualitativa. A coleta de dados ocorreu de julho a dezembro de 2017, em 14 unidades de saúde: sete Estratégias Saúde da Família e sete Unidades Básicas de Saúde de um Distrito Sanitário de Saúde em Curitiba – PR. Participaram 52 enfermeiros. O estudo foi dividido em três etapas: descritiva, explicativa e prescritiva. Na etapa descritiva, utilizou-se o instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), composto por 51 perguntas que medem doze dimensões da segurança do paciente. Os dados foram analisados por estatística descritiva, por meio da escala de *Likert*. Na explicativa, foi feita a análise da cadeia causal para identificação dos principais problemas relacionados à segurança do paciente. E por fim, na etapa prescritiva, efetuou-se a discussão da análise da cadeia causal à luz da teoria do desenvolvimento organizacional para propor ações estratégicas de melhorias para a segurança do paciente. Na sequência, realizou-se a validação de conteúdo das estratégias, por meio, do Índice de Validação de Conteúdo, Frequência absoluta e relativa das avaliações e a Porcentagem de Concordância. Como resultado, observou-se na etapa descritiva que a avaliação global da segurança do paciente nas unidades de saúde foi considerada positiva na percepção dos participantes, como ‘bom’ para 73,9% dos profissionais das UBS e “muito bom” para 50% da Estratégia Saúde da Família. Os principais problemas elencados na etapa explicativa foram relacionados aos equipamentos, exames, prontuários, quantitativo profissional, à pressa, ao fluxo de trabalho, à gestão do serviço, à quantidade ser mais importante que a qualidade, à troca de informação e aos profissionais que acreditam que os erros podem ser usados contra si. Tendo em vista esses problemas, na etapa prescritiva foram elaboradas estratégias genéricas e específicas para a melhoria da segurança do paciente na Atenção Primária, tais como, priorizar a segurança do usuário acima de metas financeiras e operacionais, incentivar a equipe na APS a notificação do evento adverso, realizar a vigilância, monitoramento e a notificação dos eventos adversos, entre outros. Na validação das estratégias pôde-se analisar que os participantes atestaram a qualidade do conteúdo das estratégias, pois 94,6% dos profissionais concordaram com a viabilidade do instrumento. Concluiu-se que com a elaboração das estratégias de melhoria, pode-se notar que a cultura de segurança no local de estudo apresentou potencialidades e fragilidades que necessitam ser trabalhadas. Deseja-se que as estratégias sugeridas possam fortalecer as equipes de saúde para o desenvolvimento de uma assistência segura, provendo uma cultura de segurança não punitiva.

Palavras-chave: Enfermagem. Segurança do paciente. Atenção primária à saúde. Cultura de segurança.

## **ABSTRACT**

Patient's safety is a key to health quality and aims to reduce the risk of unnecessary harm associated with health care. It's known that Primary Health Care is the main gateway for care networks, and errors, incidents, and adverse events are often initiated in this scenario. Based on that, it is understandable that the culture of security in Primary Health Care is seen as the starting point to understand the current scenario and plan actions to improve patient's safety. The objectives of this study were: describe the safety culture among Primary Health Care nurses; explain the patient's safety culture in the perspective of the challenges that are faced in Primary Health Care for organizational development; and identify generic and specific strategies for changing the strengthen patient's safety in Primary Health Care. It is a descriptive research with a qualitative-quantitative approach. Data collection took place in December 2017, in 14 health units: seven from Family Health Strategies and seven from basic health units in a Health Sanitary District in Curitiba, Brazil. 52 nurses participated. The study was divided into three phases: descriptive, explanatory and prescriptive. During the descriptive phase, the Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) instrument was used. It contains 51 questions that measure twelve dimensions of patient safety. The data was analyzed by descriptive statistics, using the Likert scale. In the explanatory phase, a causal chain analysis was performed to identify the main problems related to patient safety. Finally, in the prescriptive stage, a discussion of causal chain was made in light of organizational development to propose strategic actions for improvements in patient safety. The content validation of the strategies was then validated by means of the Content Validation Index, absolute and relative frequency of evaluations and the Percentage of Concordance. As result, it was observed that the overall evaluation of patient safety in health units was considered positive according to the participant's perceptions, 73.9% of the professions of USB answered "good" and for the Family Health Strategies 50% as "very good". The main problems listed in the explanatory phase were related to equipment, exams, patient's medical record, professional quantification, workflow, service management, the quantity being more important than quality, information exchange and professionals who believed that mistakes could be used against them. In view of these problems, in the prescriptive phase, generic and specific strategies were developed to improve patient safety in Primary Health Care, such as prioritizing user safety over financial and operational goals, encouraging the team in APS to notify the adverse events, monitoring and reporting adverse events, among others. In the validation of the strategies it was possible to analyze that the participants attested the quality of the content of the strategies, since 94.6% of the professionals agreed with the viability of the instrument. It concludes with the elaboration of the improvement strategies, it can be recognized that it is a safety culture in the place of study presented the potentialities and fragilities that need to be improved. It is hoped that the suggested strategies can empower the health teams to development of a safe condition, providing a non-punitive safety culture.

**Keywords:** Nursing. Patient Safety. Primary Health Care. Safety Culture.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	- MODELO DA CADEIA CAUSAL PROPOSTO POR BROWN et al., 2008.....	56
FIGURA 2	- MODELO ADAPTADO DA MATRIZ NA CADEIA CAUSAL.....	71
FIGURA 3	- NUVEM DE PALAVRAS E GRÁFICO DE BARRAS REFERENTES AOS COMENTÁRIOS GERAIS DOS ENTREVISTADOS.....	104
FIGURA 4	- CADEIA CAUSAL DA APS.....	109

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	- CONCEITOS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.....	31
QUADRO 2	- ETAPAS DO ESTUDO.....	64
QUADRO 3	- ETAPAS DA PESQUISA.....	66
QUADRO 4	- DENOMINAÇÕES DA ESCALA DE <i>LIKERT</i> .....	67
QUADRO 5	- ANÁLISE DOS DADOS.....	67
QUADRO 6	- MATRIZ DO INSTRUMENTO MOSPCS COM BASE NA PROPOSTA DE BROWN ET AL., 2009.....	69
QUADRO 7	- CRIAÇÃO DAS ESTRÁTEGIAS.....	73
QUADRO 8	- MATRIZ DOS RESULTADOS DO MOSPSC NA ESF.....	106
QUADRO 9	- MATRIZ DOS RESULTADOS DO MOSPSC NA UBS.....	107
QUADRO 10	- ESTRATÉGIAS GENÉRICAS RELACIONADO À ESTRUTURA.....	113
QUADRO 11	- ESTRATÉGIAS GENÉRICAS RELACIONADOS AOS PROCESSO DE GESTÃO.....	115
QUADRO 12	- ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS RELACIONADO AO PROCESSO CLÍNICO.....	116
QUADRO 13	- ESTRATÉGIAS GENÉRICAS PARA A MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS.....	118
QUADRO 14	- ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS PARA A MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS.....	119

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	- PERCENTUAL DAS RESPOSTAS DA SEÇÃO A PARA UBS E ESF.....	83
GRÁFICO 2	- PERCENTUAL DAS RESPOSTAS DA SEÇÃO B PARA UBS E ESF.....	85
GRÁFICO 3	- PERCENTUAL DAS RESPOSTAS DA SEÇÃO C PARA UBS E ESF.....	90
GRÁFICO 4	- PERCENTUAL DAS RESPOSTAS DA SEÇÃO D PARA UBS E ESF.....	94
GRÁFICO 5	- PERCENTUAL DAS RESPOSTAS DA SEÇÃO E PARA UBS E ESF.....	97
GRÁFICO 6	- PERCENTUAL DAS RESPOSTAS DA SEÇÃO D PARA UBS E ESF.....	100
GRÁFICO 7	- PERCENTUAL DAS RESPOSTAS DA SEÇÃO G PARA UBS E ESF.....	103
GRÁFICO 8	- PERCENTUAL DE RESPOSTAS NEGATIVAS EM CADA UNIDADE E SEÇÃO.....	105
GRÁFICO 9	- RESULTADOS DAS OPINIÕES DOS AVALIADORES QUANTO A QUALIDADE DO INSTRUMENTO.....	110

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	-	IDADE DOS PROFISSIONAIS.....	74
TABELA 2	-	TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	75
TABELA 3	-	CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO REALIZADA PELOS PARTICIPANTES.....	75
TABELA 4	-	OUTRO VÍNCULO PROFISSIONAL.....	76
TABELA 5	-	TEMPO DE TRABALHO NA APS.....	76
TABELA 6	-	CARGA HORÁRIA SEMANAL.....	77
TABELA 7	-	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	77
TABELA 8	-	LISTA DE QUESTÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE (ESF).....	79
TABELA 9	-	LISTA DE QUESTÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE (UBS).....	81
TABELA 10	-	TROCA DE INFORMAÇÕES COM OUTRAS INSTITUIÇÕES (ESF).....	84
TABELA 11	-	TROCA DE INFORMAÇÕES COM OUTRAS INSTITUIÇÕES (ESF).....	85
TABELA 12	-	TRABALHANDO NESTE SERVIÇO DE SAÚDE (ESF).....	86
TABELA 13	-	TRABALHANDO NESTE SERVIÇO DE SAÚDE (UBS).....	88
TABELA 14	-	COMUNICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO (ESF).....	91
TABELA 15	-	COMUNICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO (ESF).....	92
TABELA 16	-	APOIO DE GESTORES/ADMINISTRADORES/LÍDERES (ESF).....	95
TABELA 17	-	APOIO DE GESTORES/ADMINISTRADORES/LÍDERES (UBS).....	96



TABELA 18	-	SEU SERVIÇO DE SAÚDE (ESF).....	98
TABELA 19	-	SEU SERVIÇO DE SAÚDE (UBS).....	99
TABELA 20	-	AVALIAÇÃO GLOBAL DA QUALIDADE (ESF).....	101
TABELA 21	-	AVALIAÇÃO GLOBAL DA QUALIDADE (ESF).....	102
TABELA 22	-	FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA DA AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	111
TABELA 23	-	ACURÁCIA (%) DE RESPOSTAS COINCIDENTES ENTRE OS AVALIADORES.....	112

## LISTA DE SIGLAS

ACE	-	Agente Comunitário de Combate às Endemias
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
AHRQ	-	Agency for Health Care Research Quality
AMAQ	-	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
ANVISA	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	-	Atenção Primária à Saúde
APSUS	-	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
DO	-	Desenvolvimento Organizacional
DS	-	Distrito Sanitário
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
EUA	-	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	-	Fundação Oswaldo Cruz
GPPGPS	-	Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
HSOPSC	-	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICPS	-	International Patient Safety Classification
IOM	-	Institute of Medicine
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IVC	- Índice de Validação de Conteúdo
JCI	- Joint Commission International
MOSCP	- Medical Office Survey on Patient Safety Culture
MS	- Ministério da Saúde
MRC	- Medical Research Council
NHS	- National Patient Safety Agency
NOB-SUS	- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBE	- Prática Baseada em Evidência
PIE	- Pre-implementation evaluation
PMAC-AB	- Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNSP	- Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROADESS	- Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde
PROESF	- Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PMAQ-AB	- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PSF	- Programa de Saúde da Família
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
REBRAENSP	- Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

RIENSP	- Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
RDC	- Resolução da Diretoria Colegiada
SAQ	- Safety Attitudes Questionnaire
SIPS	- Sistema de Indicadores de Percepção Social
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	- Teoria do desenvolvimento organizacional
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
UMS	- Unidade Municipal de Saúde
WISN	- Workload Indicators of Staffing Need
WHO	- World Health Organization
WHO/OMS	- World Health Organization/Organização Mundial da Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
1.1 OBJETIVOS .....	29
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>30</b>
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE .....	30
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	36
2.3 A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	40
2.4 CULTURA DE SEGURANÇA.....	44
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....</b>	<b>50</b>
3.1 TEORIA DO DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL (DO) .....	50
3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	54
<b>4 MATERIAIS E METODOLOGIA .....</b>	<b>58</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	58
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	59
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	61
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	63
4.5 ETAPAS DA PESQUISA.....	63
4.6 ETAPA DESCRITIVA .....	65
4.7 ETAPA EXPLICATIVA.....	66
4.8 ETAPA PRESCRITIVA.....	72
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>74</b>
5.1 ETAPA DESCRITIVA .....	74
5.1.1 Identificação da amostra .....	74
5.1.2 Seções do instrumento.....	77
5.1.2.1 Seção A.....	77
5.1.2.2 Seção B.....	83
5.1.3 Seção C.....	86
5.1.4 Seção D.....	90
5.1.5 Seção E.....	94
5.1.6 Seção F .....	97
5.1.7 Seção G .....	100
5.1.8 Seção I .....	103

5.2 EXPLICATIVA .....	104
5.3 PRESCRITIVA .....	109
5.3.1 Validação do conteúdo das estratégias.....	110
5.3.2 Estratégias genéricas e específicas de melhoria para a segurança do paciente na APS .....	112
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>121</b>
<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>135</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>137</b>
<b>APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	<b>153</b>
<b>APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO PARA ESTRATÉGIAS DE MELHORIA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....</b>	<b>155</b>
<b>APÊNDICE 3 - CARTA CONVITE .....</b>	<b>160</b>
<b>APÊNDICE 4 - CARTA CONVITE PARA AMPLIAÇÃO DA AMOSTRA .....</b>	<b>161</b>
<b>ANEXO 1- <i>MEDICAL OFFICE SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE</i> (MOSPSC) .....</b>	<b>162</b>
<b>ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>168</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Receber assistência à saúde com qualidade é um direito do indivíduo, e os serviços de saúde devem ofertar uma atenção efetiva e segura, promovendo a satisfação do paciente em todo o processo do seu atendimento. (BRASIL, 2017a). Segundo o pediatra Cyrill Chanther, antigamente o plano assistencial era simples, efetivo e relativamente seguro, mas nos dias atuais, considera-se como ação complexa, efetiva e potencialmente perigosa. (MARCHON, 2015).

Com o avanço tecnológico, a segurança do paciente tornou-se, nas últimas décadas, uma questão essencial no âmbito da saúde pelo mundo todo. (MENDES; BARROSO, 2014) e, para ser efetiva, é necessário relacionar os fatores que envolvem a estrutura, o processo organizacional e o ambiente de trabalho em que os profissionais estão inseridos. (BRASIL, 2017a; DONABEDIAN, 1980).

O início da discussão sobre o cuidado com a segurança aconteceu em 460 a 370 a.C. com Hipócrates, que evidenciou o seguinte raciocínio *Primum non nocere* (primeiro não cause o dano). (REIS et al., 2017). Em 1999, o assunto ganhou mais evidência pela divulgação do relatório do Instituto de Medicina (IOM), intitulado “*To err is Human: building a safer health system*” (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro). Este relatório constatou a ocorrência de 44 a 98 mil mortes a cada ano nos hospitais dos Estados Unidos da América (EUA) em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados à saúde, não da doença. (BRASIL, 2014a).

Pesquisa realizada em 2010, em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro, evidenciou que 7,6% dos pacientes assistidos sofreram incidentes com danos, sendo que 66,7% destes acidentes poderiam ter sido evitados. (MENDES et al., 2009). Esta análise serviu como incentivo no ambiente hospitalar para a criação de programas para o monitoramento da qualidade e segurança com base em indicadores. (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010).

Uma revisão sistemática realizada em 2014 referente a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS), mostra a predominância da temática no ambiente hospitalar, pois os cuidados são mais complexos, considerando a alta densidade tecnológica e a diversidade de especialidade encontrada neste local. (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014). Os estudos na APS são atuais, mas não aprofundam o real desempenho dos profissionais em relação à segurança do paciente. Isso acontece porque esse cenário é considerado de baixa densidade tecnológica e, com isso, a

segurança não é avaliada como um problema. Entende-se que a APS é a principal porta de entrada para atendimento das redes de atenção e, muitas vezes, os erros, incidentes e eventos adversos são iniciados nesse cenário, levando ao tratamento na área hospitalar. (MARCHON, 2015; MENDES; BARROSO, 2014).

Makeham et al. (2008) mostram que os principais incidentes de segurança dos pacientes acarretados na APS. Os incidentes estão relacionados com o tratamento (31%), erro de medicação (8%), diagnóstico (34%), incapacidade de supervisionar ou de monitorar o paciente (16%), desempenho profissional inadequado (15%), falha ou atraso no encaminhamento (4%) e outros erros (26%). Esses processos dificultam a qualificação dos cuidados na atenção primária.

A qualidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata, que enfatiza o papel de reorientação do modelo assistencial, universal e integrado. (TIMM; RODRIGUES, 2016), o que tem a finalidade é melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e a redução de custos. (MENDES, 2010). Com isso, destaca-se a importância de se debater sobre segurança do paciente com o intuito de favorecer a cultura de segurança na APS. Essa ação estratégica é considerada um processo gerencial que envolve processos de transformação institucional. (TIMM; RODRIGUES, 2016).

O termo gerenciamento é empregado para definir ações de direção de um grupo de pessoas ou de uma organização. (JORGE et al., 2007). A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/96) conceitua gerência como a “administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema”. Por outro lado, a gestão está relacionada à responsabilidade de conduzir um sistema de saúde municipal, estadual ou nacional pela execução da coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. (BRASIL, 1997, p.8).<sup>1</sup>

O gerenciamento é uma ferramenta específica do processo de cuidado de saúde em enfermagem. Pode-se considerar que esta prática foi iniciada pelos trabalhos de Florence Nightingale na Guerra da Crimeia pela necessidade de organizar os hospitais para atender os soldados feridos, o que contribuiu para a

---

<sup>1</sup> Neste trabalho será utilizado o termo gerência ou gerenciamento, tendo como base a NOB-SUS 01/96.



redução da mortalidade. O processo gerencial na enfermagem tem como objetivo a organização do trabalho e os recursos humanos, promovendo condições adequadas para assistência de enfermagem. Sua finalidade é proporcionar a qualidade do cuidado, e as ações estão centradas no paciente e na sua segurança. (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). Diante deste contexto, os elementos fundamentais para o gerenciamento são o planejamento, dimensionamento profissional, recrutamento, educação continuada, supervisão e avaliação. (KURCGANT, 2016).

O relatório *The future of nursing: leading chance/ advancing health*, publicado pelo IOM em 2010, destaca a importância da enfermagem para a transformação institucional. Sabe-se que existem inúmeras barreiras que precisam ser superadas para garantir que os enfermeiros estejam bem posicionados para lidar com as mudanças e avançar na qualidade em saúde. No entanto, é necessário que as enfermeiras conheçam as organizações em que estão inseridas para proporcionar um processo gerencial de qualidade. (IOM, 2010; POGHOSYAN; NANNINI; CLARKE, 2013).

O conceito de organização é compreendido como “entidades sociais (ou agrupamentos humanos) deliberadamente criadas e recriadas para atingir metas específicas”. Incluem-se nesta definição as corporações, exército, hospitais, unidades de saúde, escolas e igrejas. (HALL, 1984, p.77). Neste contexto, as organizações de saúde são consideradas as estruturas mais complexas, pois são locais que processam as ações que incentivam a promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, sendo incluídas no modo particular na ampla rede do sistema de saúde e do sistema de cuidados. (ERDMANN et al., 2004).

Percebe-se que nas organizações de saúde coexistem diferentes grupos de trabalho, ou seja, são apresentadas diversas culturas organizacionais. Mesmo que sejam apresentadas modificações nas práticas de trabalho, na sua maioria, ainda prevalecem aquelas que primam pelas regras e regulamentos, cobrando obediência e valorizando os processos em detrimento dos resultados, não favorecendo a aprendizagem individual e organizacional. (ALMEIDA, 2011). Portanto, para instituir estratégias direcionadas às práticas seguras, deve ser desenvolvida a cultura de segurança nas organizações de saúde. (BRASIL, 2017a).

No Brasil, a cultura de segurança e a segurança do paciente apresentaram mais evidência no ano de 2013, com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), sendo considerada um dos princípios da gestão de risco voltada

à qualidade e à segurança do paciente. Desde então, seu reconhecimento teve grande impacto nas instituições de saúde, classificando-se como base para o desenvolvimento de programas de segurança com foco no aprendizado e no aprimoramento organizacional. Mas antes de promover a cultura, é necessário que ela seja avaliada e compreendida. (CARVALHO et al., 2017). O objetivo desta ação é fornecer um indicador concreto do estado atual, conscientizar os profissionais sobre sua importância, implementar melhorias e acompanhar sua evolução. (CARVALHO et al., 2017; REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Entende-se a cultura de segurança do paciente como o princípio fundamental das organizações de saúde, pois promove uma abordagem do sistema para prevenir e reduzir danos. Seu significado é compreendido como o produto de valores, competências, padrões e atitudes de um grupo ou individual. Isso determina o estilo, compromisso e a proficiência do gerenciamento de uma organização saudável e segura. (MENDES; BARROSO, 2014; TIMM; RODRIGUES, 2016).

Outro termo importante é a cultura justa, pois identifica-se como uma forma de raciocínio em uma escala de justiça de dois lados, em que, de um determinado lado é de responsabilidade da pessoa e o outro é do sistema. A responsabilidade da pessoa é considerada como produto que contribui para a segurança, onde todos os membros participam dos mesmos compromissos e valores, focando para que a segurança do paciente seja eficaz. Mas, sabe-se que há o comportamento de risco em que os profissionais de maneira consciente desrespeitam os critérios de segurança, sendo necessário uma abordagem de responsabilização. Já a responsabilidade do sistema é quando o ambiente se encontra seguro, empoderado e satisfatório. Problemas como a carga de trabalho elevada, número de profissional reduzido, comunicação ineficaz, falta de equipamentos e apoio gerencial são fatores que dificultam a assistência segura e de qualidade. (LEMOS et al., 2018).

É importante ressaltar a necessidade de as organizações apoiarem o aprendizado e o desenvolvimento da cultura, excluindo a ação baseada na punição e culpa, pois esta é uma razão na qual ocorre a omissão da notificação/comunicação dos eventos adversos, dificultando a construção de uma cultura positiva de segurança do paciente. As organizações que apresentam cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação baseada na veracidade, no compartilhamento das ideias sobre a segurança e pela confiança nas ações preventivas. (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012). Para isso, é indispensável a adoção de soluções

aplicáveis a todos os membros das organizações, as quais devem ser facilmente integradas na rotina e no fluxo de trabalho, com o intuito de aumentar a adesão e a sustentabilidade. (TIMM; RODRIGUES, 2016).

Desta forma, é relevante avaliar a caracterização da cultura de segurança entre os profissionais na atenção primária, pois esta temática aceita identificar e gerar questões concernentes à segurança, rotina e condições de trabalho, permitindo acessar informações dos trabalhadores sobre suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, identificando pontos relevantes na cultura e as áreas mais problemáticas para que possam ser planejadas e programadas intervenções, prevenindo, então, erros, danos e eventos adversos. (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Mendes e Barroso (2014) afirmam que a melhoria da qualidade da segurança requer mudança, vontade, esforço e persistência com implicações concretas na prática clínica. Diante deste contexto, analisa-se que se nada for feito para minimizar erros, danos e eventos adversos, os pacientes não deixarão de ser lesados pelos cuidados de saúde.

Diante deste contexto, pode-se considerar que a temática do estudo é importante para ampliação dos conhecimentos na área e favorecerá a melhoria do cuidado aos usuários. Os cuidados realizados na APS não se restringem apenas à prescrição e à administração de medicamentos, mas promovem a prevenção e a redução dos incidentes, bem como a análise das ocorrências, a gestão do dimensionamento pessoal, a liderança efetiva e o fortalecimento da cultura de segurança para ofertar cuidados de saúde mais seguros e com qualidade. (TIMM, 2015; PAESE, 2010).

Sabe-se que a APS é o local onde se faz o maior número de atendimentos à população em comparação às outras organizações de saúde. (PAESE, 2010; TIMM, 2015). Para que a APS alcance a perspectiva das RAS, é necessário desempenhar funções para que seja capaz de atender 90% dos problemas de saúde. Seus atributos essenciais para exercer esta atividade são promover o acesso como primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, qualificação da ação centrada na orientação familiar, comunitária e competência cultural. (MENDES, 2015).

Assim, a presente pesquisa foi motivada pela inquietação da pesquisadora após a leitura dos dados em bases científicas, que gerou a compressão da importância

na redução dos danos assistenciais ao usuário na APS<sup>2</sup>. Ademais, muitos incidentes identificados nos hospitais são oriundos da APS, faz-se necessário o aprimoramento dos conhecimentos sobre o assunto para a prevenção de eventos adversos, alcançando uma assistência de saúde com qualidade e segurança. (PAESE; DAL SASSO, 2013).

Observa-se que a avaliação da cultura de segurança na APS é vista como ponto de partida para compreender o cenário atual e planejar ações que busquem mudanças para reduzir a incidência dos eventos adversos e aperfeiçoar o cuidado com o paciente. (TIMM; RODRIGUES, 2016). Para apoiar esta ação, existem instrumentos que avaliam a cultura de segurança, como, por exemplo, *O Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)* e o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*. Tendo em vista o conhecimento destes questionários, a justificativa desta pesquisa se baseia em três aspectos: a importância de avaliar a cultura de segurança para a organização de saúde, para o profissional e para o usuário/família.

Para as organizações de saúde, a importância de estudar e avaliar a cultura de segurança está relacionada com as propostas de aperfeiçoamento organizacional. Isso pode ocorrer pelo diagnóstico da cultura de segurança, conscientização dos profissionais com referência à temática, avaliação e acompanhamento das intervenções implementadas, comparação dos dados internos e externos e pela verificação do cumprimento das necessidades regulamentadas. (REIS et al., 2017; REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Na perspectiva profissional, considera-se a interlocução entre a organização e o usuário. A importância dessa temática está relacionada com as ações que promovem a segurança do paciente, feitas pelo aprimoramento dos conhecimentos sobre cultura de segurança, o que favorecerá o planejamento e o desenvolvimento de ações estratégicas para proporcionar um cuidado seguro. (MATIELLO et al., 2016).

Para o fortalecimento da cultura de segurança nas instituições, principalmente no âmbito da APS, consideram-se o usuário e sua família integrantes importantes para mudança cultural nos processos de segurança assistencial. Sua participação deve ser

---

<sup>2</sup> O termo usuário é utilizado, pois seu significado está congruente com as ações da APS. De acordo com o protocolo do Humaniza SUS (2008) o termo usuário é compreendido como "Aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema". (BRASIL, 2008).

ativa, deixando de ser um mero recebedor passivo de cuidados. Então deve ser feita uma parceria entre a organização de saúde, o profissional e o usuário/família. (BRASIL, 2017c).

Nesta perspectiva, o usuário deve estar ciente dos seus direitos e deveres, compreendendo os riscos associados com a assistência, prestando informações corretas sobre sua saúde, ser atuante nas decisões assistenciais e terapêuticas e avaliar o cuidado prestado, aprimorando, assim, a sua autonomia. De acordo com o protocolo “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes”, destaca-se a necessidade de comunicar à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) os eventos adversos que possam ter acontecidos durante seu atendimento em serviços de saúde. (BRASIL, 2017c).

Portanto, a questão norteadora desta dissertação é: Quais estratégias promovem o desenvolvimento organizacional na APS para melhoria da segurança do paciente, a partir da avaliação da Cultura de Segurança, na perspectiva dos enfermeiros?

O projeto de pesquisa está inserido na linha de pesquisa “Gerenciamento de Serviço de Saúde e Enfermagem” e compõe um dos eixos de investigação do projeto “Avaliação da cultura de segurança do paciente nos diversos cenários de atenção à saúde: subsídios para o gerenciamento de enfermagem”, sob coordenação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Karla Crozeta Figueiredo.

## 1.1 OBJETIVOS

- Descrever a cultura de segurança entre os enfermeiros da APS;
- Apresentar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos desafios a serem enfrentados na APS para o desenvolvimento organizacional; e
- Elencar estratégias genéricas e específicas de mudança que fortaleçam a segurança do paciente na APS.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta aspectos relacionados à cultura de segurança do paciente na APS, entre eles, Segurança do paciente, Atenção Primária à Saúde, Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde e Cultura de segurança.

### 2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Na década de 1960, no contexto hospitalar, a segurança do paciente não era discutida e a ausência de pesquisas e de atenção aos incidentes nos cuidados de saúde classificava-os como negligência. (VINCENT; AMALBERTI, 2016). Atualmente, há maior conscientização sobre o problema e foram empreendidos muitos esforços para melhorar a segurança nos serviços de saúde. (ALVES et al., 2017).

Os conhecimentos sobre segurança do paciente começaram em 1855 com Florence Nightingale, mesmo sem esta denominação. Ela instituiu processos organizacionais e implantou métodos de higiene, proporcionando melhores condições nos hospitais utilizados pelas tropas britânicas, causando mudanças expressivas que contribuíram para redução do número de óbitos dos pacientes internados. (BRASIL, 2017a; NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Diante deste fato, a segurança do paciente é um princípio fundamental dos cuidados de saúde, sendo considerada uma grande preocupação global. Sua definição é compreendida como a redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência de saúde até o mínimo aceitável. (WHO, 2017a), mas, nesta lógica, sabe-se que na assistência em saúde, o erro zero é improvável. (CRUZ, et al., 2018).

Este termo também é definido como um conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos, incidente, circunstância notificável, *near miss*, incidente sem lesão e danos desnecessários durante os cuidados. (BRASIL, 2017b). Outro significado é a redução de atos inseguros nos processos assistenciais com foco na utilização de práticas seguras, minimizando a magnitude das ocorrências de eventos adversos. (FERNANDO et al., 2016).

Em diferentes estudos, foram encontrados de 17 a 24 definições diferentes de erro em saúde e 14 de evento adverso. Isso motivou a OMS a realizar a Classificação

Internacional de Segurança do Paciente (*International Patient Safety Classification – ICPS*). (BRASIL, 2014a).

Runcimann et al. (2009) conduziram um estudo que identificou os conceitos importantes para o ICPS. Utilizaram seis princípios, a saber, os conceitos e termos devem ser aplicados em toda a gama do cuidado de saúde; consistência com a classificação da OMS; as definições devem ser o mais próximo possível do ICPS; os conceitos devem apresentar relação com a segurança do paciente; e não conter redundância e serem adequados para o ICPS. O QUADRO 1 ilustra conceitos apresentados por Brasil (2014) relevantes para a segurança do paciente.

QUADRO 1 - CONCEITOS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL E SEGURANÇA DO PACIENTE DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

TERMO	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos.
Evento adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

FONTE: BRASIL (2014).

A temática ganhou visibilidade com a publicação do IOM “Errar é humano: criando um sistema de saúde mais seguro” (*To Err is Human: Building a Safer Health Care System*) em 1999. Este relatório destacou a importância do sistema de prevenção da ocorrência de erros nas organizações de saúde e também indicou estratégias para tornar o cuidado de saúde mais seguro. Após essa repercussão, a OMS reconheceu a magnitude do problema e promoveu um grupo de trabalho para avaliar a segurança do paciente nos serviços de saúde. (DUARTE et al., 2015;



BRASIL, 2017a). Em 2001, o mesmo instituto publicou o relatório “Cruzando o Abismo da Qualidade” (*Crossing the quality chasm*), definindo os seis domínios para caracterizar o desempenho do sistema de saúde, que são: segurança, efetividade, foco no paciente, otimização, eficiência e equidade. (BRASIL, 2017a).

Em maio de 2002, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a resolução WHA 55.18, denominada “Qualidade da atenção: segurança do paciente”, que solicitou maior atenção aos problemas da segurança. A comunidade científica se mobilizou para conhecer os principais pontos críticos assistenciais para minimizar as falhas e promover uma segurança com qualidade. (BRASIL, 2017b). No Brasil, a discussão se iniciou com mais abrangência neste mesmo ano com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela Anvisa, que tem como finalidade notificar eventos adversos e os problemas técnicos relacionados à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância. (DUARTE et al., 2015).

Em 2004, foi concretizado o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), que visa desenvolver políticas mundiais para melhorar o cuidado, com foco na prevenção de danos e promoção de ações na agenda mundial em pesquisa. (DUARTE et al., 2015; NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015). Desde então, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) promoveu uma proposta de articulação com a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente para que se cumpram as ações previstas em todo o mundo. (CALDANA et al., 2015).

O Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Anvisa, no ano de 2013 lançou o PNSP, por meio da Portaria nº 529, de 1º abril de 2013, que institui as ações de promoção à segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde, além de atender a demanda de prevenção de eventos adversos, os quais podem causar danos permanentes, óbitos e custos hospitalares. (BRASIL, 2013; FERNANDO et al., 2016). O PNSP tem quatro eixos: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisas sobre o tema. Vale ressaltar que a cultura de segurança é o elemento que se integra em todos esses eixos. (MARCHON, 2015).

No sentido de regulamentar as ações voltadas para segurança do paciente, em 2013, foi publicada pela Anvisa a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, que trouxe os conceitos de gestão de risco e também a obrigatoriedade da criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde, além da notificação,



vigilância e monitoramento dos incidentes relacionados aos cuidados assistenciais. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017c).

O Brasil apresentou o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS), desenvolvido após a divulgação do “Relatório Mundial de Saúde” (*World Health Report*) em 2003. O objetivo deste projeto era propor uma metodologia de avaliação do desempenho para o país, por meio da parceria de sete instituições acadêmicas brasileiras que consolidaram um grupo de pesquisadores para realizá-la. Na fase inicial deste estudo, foi definida uma matriz conceitual que identificou oito dimensões para a avaliação do desempenho do sistema de saúde. A equidade é uma dimensão a ser considerada em todas as outras dimensões, que foram: efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança. (BRASIL, 2017a).

A OMS buscou definir questões prioritárias para a pesquisa na área de segurança do paciente em diversos países com o programa de Segurança do Paciente. Destacaram-se os quesitos relacionados à fragilidade cultural de segurança, processo de responsabilização do erro, eventos adversos e as infecções associadas ao cuidado. (FERNANDO et al., 2016).

Um estudo realizado pela OMS constatou que os eventos adversos relacionados à assistência de saúde resultaram em lesões permanentes, aumento do tempo de internações ou até mesmo a morte. Este fato pode ser explicado pelos fatores relacionados à dificuldade do dimensionamento pessoal, estruturas inadequadas, superlotação dos serviços de saúde, escassez de equipamentos e higienização desfavorável para a contribuição do cuidado inseguro. (WHO, 2017a).

Os erros assistenciais são a terceira causa de morte nos EUA, e no Reino Unido, há uma estimativa de que, em média, um incidente com danos ao paciente é relatado a cada 35 segundos. (WHO, 2017a). A Universidade de Harvard apontou que a falta de segurança do paciente causa 42,7 milhões de incidentes com danos pelo mundo. (FRANÇOLIN et al., 2015).

Sabe-se que os cuidados em saúde, embora benéficos, também têm seus próprios riscos. O dano deve ser utilizado como ponto de referência para a segurança do paciente e também como motivação de melhoria do trabalho, ou seja, não se deve considerar este fato com uma abordagem punitiva, mas trazer como aprendizagem e manutenção da segurança. (VINCENT; AMALBERTI, 2016).

Para melhorar a segurança do paciente, é necessário o fortalecimento da cultura de segurança em nível organizacional. Medidas específicas, como o preparo do profissional, trabalho em equipe e o estabelecimento de unidades ambientadas para a segurança têm sido consideradas como estratégias de melhorias. (CALDANA et al., 2015). Considera-se este processo um passo complexo para a instituição, mas para que isso ocorra, deve-se inicialmente identificar os fatores organizacionais que impossibilitam a formação da cultura. Isso favorecerá também a elaboração de informações importantes sobre o processo de segurança de um determinado grupo ou da organização como um todo. (MATIELLO et al., 2016).

Com intenção de efetuar as boas práticas, a OMS, em conjunto com a *Joint Commission International* (JCI), lançou as metas internacionais de segurança do paciente, que compreendem: identificar o paciente corretamente; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente correto; reduzir os riscos de infecção relacionados à assistência de saúde; e reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas. (BRASIL, 2017b). Sabe-se que essas metas estão direcionadas ao contexto hospitalar, cenário em que a segurança do paciente está mais bem difundida.

Conforme descrito na RDC n° 63, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde, no seu Capítulo II sobre a segurança do paciente, o Artigo 8° ilustra que o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para a Segurança do Paciente, tais como:

Mecanismos de identificação do paciente; Orientações para a higienização das mãos; Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde; Mecanismos para garantir segurança cirúrgica; Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes; Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes; Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão; Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada. (ANVISA, 2011, p. 4-5).

Considerando estas premissas, em 2013, foram publicados pela Anvisa, MS e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) os seis protocolos de segurança do paciente, com o objetivo de prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços públicos e privados. Os protocolos foram: identificação do paciente; prevenção de lesão por pressão, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

cirurgia segura; prática de higiene das mãos; e prevenção de quedas. (BRASIL, 2017b; FIOCRUZ, 2013). Sabe-se que estes protocolos apresentam ênfase no ambiente hospitalar, por ser considerado um local de alta densidade tecnológico, mas isso não exime a utilização dos mesmos na APS, uma vez que os eventos adversos encontrados no hospital, também podem ser vistos na atenção básica. (REBRAENSP, 2013).

A OMS recomenda que, para prevenir as falhas e danos em serviços de saúde no país, é necessário o envolvimento do cidadão na sua segurança, sendo considerados os pacientes, familiares e acompanhantes como parceiros para este quesito. (BRASIL, 2017b).

Inúmeras estratégias foram adotadas em nível mundial para melhorar os cenários da segurança do paciente nos serviços de saúde. Destaca-se a criação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) em 2008, após o surgimento da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP) em 2005. Essa rede é uma estratégia de vinculação para a cooperação entre pessoas e instituições com interesse de promover o aprimoramento dos cuidados de saúde, gestão, pesquisa, informação e educação, com objetivo de disseminar a importância de mudanças culturais e de contribuir com a melhoria para a segurança do paciente. (REBRAENSP, 2013).

Sabe-se que a enfermagem tem uma ação fundamental nestas ações, pois os cuidados realizados por esta categoria estão direcionados a 24 horas de assistência ininterrupta. Existem desafios a serem enfrentados para que os objetivos sejam contemplados, entre eles a criação de comitês de segurança com equipe multidisciplinar, visando a desenvolver a cultura de segurança nas instituições e o fortalecimento da REBRAENSP para promover a comunicação rápida e efetiva, com a exposição de experiências e recomendações para garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo. (CALDANA et al., 2015). Outro fator importante a ser destacado é que, nas instituições de saúde, o enfermeiro pode ser considerado um profissional facilitador de identificação de evento adverso, ou seja, configura-se como elemento chave neste processo. (FRANÇOLIN et al., 2015).

Entende-se a importância da equipe multiprofissional para a segurança do paciente, pois é a partir deste engajamento que se faz a implementação de ações estratégicas de segurança, como o desenvolvimento da cultura de segurança, formação do NSP, processos de Acreditação Hospitalar, capacitação dos profissionais

para o alcance das metas internacionais são importantes para a assistência segura, pois toda mudança requer participação de todos os integrantes nas organizações de saúde. (REIS et al., 2017). Na APS, pode-se destacar a PNAB (2017), pois na seção 4, “Atribuições dos profissionais da atenção básica”, o item XIV refere-se a “Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos”. Já na seção 4.2.5, “Gerente de Atenção Básica”, o item IV relata “Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança”. Isso mostra o fortalecimento da segurança do usuário na APS. (BRASIL, 2017d).

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A concepção de APS surgiu em 1920 no Reino Unido com o Relatório Dawson, que formalizou o processo de organização do sistema de atenção à saúde em diversos cenários, tais como: centros de saúde primários, serviços domiciliares, centros de saúde secundários, hospitais de ensino e serviços suplementares. Este documento descreveu a real função de cada nível e suas relações. (MENDES, 2015).

Após este acontecimento, vários movimentos proporcionaram a formalização da APS, mas o que realmente se concretizou foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata em 1979, sob orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (MENDES, 2015). A conferência definiu a APS como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PELA INFÂNCIA, 1979, p. 3).

A APS é uma proposta de organização do SUS. (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018; MENDES, 2010). O SUS é uma política pública que se consolidou após o Movimento Sanitário apresentado na 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986, sendo considerado uma ampla conquista social, consagrada na Constituição de 1988,

com os princípios de universalidade, descentralização, humanização no atendimento, integralidade, resolutividade e participação social. (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016; BRASIL, 1988). Sua definição é compreendida como o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo Poder Público. (BRASIL, 2000).

Além disso, a explicação da APS como estratégia de organização do SUS implica a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio da Portaria GM/MS 4279/2010. A definição das RAS é compreendida como organizações poliárquicas dos serviços de saúde, integradas entre si por uma única missão, objetivo em comum e ações cooperativas, as quais podem oferecer assistência continuada e integral à população, ordenada pela APS, proporcionando resultados sanitários com qualidade, custo efetivo, segurança, equidade, eficiência na utilização dos recursos e atendimento humanizado. (MENDES, 2010).

O Brasil é considerado o único representante do mundo com mais de cem milhões de habitantes que mantém um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito. Um grande desafio a ser enfrentado é a aceleração da transição demográfica, que expressa uma situação de expansão da carga de doenças. Desta forma, para atender este problema com resolutividade, a APS vem adquirindo reconhecimento e responsabilidade para minimizar as dificuldades expostas por esta situação. (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

Cabe salientar que, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde são equivalentes, orientados pelos princípios da acessibilidade, vínculo, universalidade, comunidade do cuidado, responsabilização, humanização, integralidade do cuidado, equidade e participação social. (BRASIL, 2017d; FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

As ações da APS propõem as condições para a promoção, proteção e recuperação à saúde, segundo atributos descritos em quatro categorias: 1) a APS como o primeiro contato com serviços de saúde: a população e a equipe identificam a organização como o primeiro recurso a ser buscado para a resolução dos problemas de saúde; 2) a longitudinalidade, que é uma questão que provoca a existência do uso regular dos serviços de saúde, promovendo o vínculo interpessoal com a população; 3) a integralidade, que é um dos princípios da Constituição Federal de 1988. A APS tem quatro dimensões assistenciais, que são: priorização da promoção e prevenção;

proporcionar o atendimento nos outros níveis de saúde; articular com a promoção, proteção e prevenção; e realizar ação integral ao indivíduo e sua família; e 4) a coordenação (integração), que é a articulação entre os diversos serviços e ação de saúde, com objetivo de ofertar ao usuário o atendimento que responda às suas necessidades, garantido a continuidade da assistência. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Com isso, a APS foi impulsionada pela descentralização e o aprimoramento de programas específicos. O objetivo é ofertar o acesso universal, serviços abrangentes, coordenação e expansão do atendimento para os outros níveis de atenção e implementar as ações de promoção e prevenção de comorbidades. (PAIM et al., 2011).

Para iniciar a expansão da APS, em 1991 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como iniciativa de reconstrução dos serviços de saúde pública, sendo considerado o primeiro mecanismo para estabelecer vínculos entre a população e os serviços de saúde. Como um grande aliado nesta ampliação em 1994, foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF), que foi coordenado pela Fundação Nacional de Saúde e, após alguns anos de atuação, foi denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A proposta desta mudança teve como objetivo a reorganização da APS, classificado como alternativa de superar os problemas decorrentes do modelo biomédico e também pela busca de melhorias da implementação dos princípios do SUS. (FERTONANI et al., 2015; VASCONCELOS et al., 2018).

A ESF tem como finalidade priorizar as ações de promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde de maneira integral e contínua. Este termo é definido como um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, visando à reorganização da APS no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS. Sua base está relacionada ao reconhecimento da necessidade da população através do vínculo entre os usuários dos serviços e os profissionais. O foco de atenção está centralizado na família, em contato com seu ambiente físico e social, permitindo a compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenção. (BRASIL, 2017b; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Considerando esta lógica, foi feita uma pesquisa junto às famílias brasileiras em 2011 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), utilizando o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS). Nesta pesquisa, foi empregado um



sistema de indicadores sociais para a verificação de como a população avalia os serviços de utilidade pública e o grau de importância para a sociedade. Dos serviços verificados no SUS, o atendimento na ESF foi analisado por 80,7% dos entrevistados como bom ou muito bom, o que mostra a efetividade desta estratégia no atendimento à saúde da população. (CAMPOS et al., 2014).

Ainda em 2011, o governo federal criou o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) por meio da portaria GM/MS 1.654. O objetivo deste programa é induzir a ampliação do acesso e proporcionar a melhoria da qualidade da APS, garantindo esta qualidade no âmbito nacional, regional e local, permitindo transparência e efetividade das ações governamentais. Isso irá proporcionar a satisfação do usuário, por meio da facilitação do acesso à unidade de saúde e a qualidade do serviço realizado. Entende-se que o intuito desse programa é impactar nas formas de gestão, proporcionar uma nova cultura e aprimorar a implementação de políticas públicas. (BRASIL, 2011; FLORES et al., 2018).

Esse programa é dividido por ciclos e fases. Atualmente, encontra-se no terceiro ciclo, na qual teve início no ano de 2016. Desta forma, apresenta-se dois ciclos completos (2012/2013 e 2014 e 2015). Suas fases são constituídas por quatro etapas, que são: adesão e contratualização, avaliação externa e certificação, e recontratualização. Apresenta também o eixo transversal de desenvolvimento é compreendido por: autoavaliação, educação permanente, monitoramento de indicadores, apoio institucional e cooperação horizontal. (BRASIL, 2011).

Em um estudo realizado no Paraná com objetivo de analisar as mudanças nos processos de adesão, avaliação externa e organização do processo de trabalho, constatou a melhoria da organização e registro das informações, planejamento, por meio da autoavaliação e a avaliação externa como estratégia de mobilização da gestão e das equipes. (BERTUSSO; RIZZOTO, 2018).

Com isso, a APS é reconhecida como um componente essencial às redes de atenção pela fundamentação das evidências do seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população. Este impacto está relacionado à maior eficiência no fluxo de usuários, melhores indicadores de saúde, satisfação no atendimento, tratamento mais efetivo das doenças crônicas, maior eficácia do cuidado e melhoria das práticas preventivas. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Considera-se este cenário a principal porta de entrada do sistema de saúde, por oferecer atendimento próximo ao local de moradia da população, favorecendo o acesso, vínculo e atenção à pessoa e não apenas à doença. (CAMPOS et al., 2014; VASCONCELOS et al., 2018). Seus atributos essenciais para exercer esta atividade são promover o acesso como primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, qualificação da ação centrada na orientação familiar, comunitária e competência cultural. (MENDES, 2015).

Entende-se que a qualificação da APS é um trabalho árduo, sendo necessário aprofundamento do entendimento das dificuldades e das possibilidades de transformação da realidade dos serviços, buscando a implementação prática e referenciando a integralidade da atenção à saúde. (ARRUDA et al., 2015).

### 2.3 A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os problemas com a segurança do paciente não ocorrem apenas nos hospitais, mas também atingem os cuidados prestados na APS. (MARCHON, 2015). A APS enfrenta muitos desafios em todos os países. Ultimamente, a necessidade de saúde predomina no tratamento de doenças complexas, o que dificulta realizar o atendimento ideal e plenamente seguro a todos os pacientes. (VINCENT; AMALBERTI, 2016).

A segurança do paciente na APS expõe uma percepção errônea de que esse cenário apresenta um ambiente de baixa complexidade e por isso a segurança não é considerada um problema, gerando, então, menores investimentos em pesquisas do que em cuidados seguros. (GAAL; VERSTAPPEN; WENSING, 2010). Diante disso, estudos mostram que os erros ocasionados na APS apresentam que 50% dos usuários não apresentarão nenhuma consequência, 20% resultarão em ações não clinicamente relevantes no diagnóstico, 10% ficarão aborrecidos com o acontecimento e 20% poderão ocasionar ocorrências graves. (ESMAIL, 2013).

Percebe-se que, nas últimas décadas, os cuidados na APS se tornaram mais enigmáticos, principalmente com aumento da complexidade tecnológica, que apresentou ampliação das funções clínicas. (MARCHON, 2015). Com isso, é necessário um plano de urgência para ampliar a segurança e também para melhorar o desenvolvimento de programas para auxiliar nestas questões. (VERSTAPPEN et al., 2015).



A maioria dos incidentes ocasionados na APS envolve o diagnóstico, a prescrição e a comunicação entre os trabalhadores, pacientes e organizações de saúde, tornando-se um problema potencial na segurança. (GAAL; VERSTAPPEN; WENSING, 2010). Uma pesquisa realizada para identificar as características dos incidentes no Rio de Janeiro em unidades de saúde da família apontou que os óbitos classificados como eventos adversos foram ocasionados por falhas na comunicação, sendo que 50% deles ocorreram por erro na comunicação da rede de atenção; 25%, na comunicação com o paciente; 12,5%, na comunicação interprofissional; e 12,5% ocorreram por falha do cuidado. (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015).

O relatório “Agora mais do que nunca” apresentando pela OMS em 2008 constatou que os cuidados primários não conseguem suavizar os efeitos dos incidentes no sistema de saúde, sendo incapazes de garantir níveis de segurança e higiene satisfatórios. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008). A análise de produções científicas revelou que várias organizações estão se dedicando a avaliar as ocorrências de incidentes relacionados aos cuidados de saúde, visando a melhorar a qualidade da assistência prestada, principalmente na APS. (MESQUITA et al., 2016). Em 2012, foi constituído um grupo de trabalho *Safer Primary Care Expert Working Group*. Especialistas se reuniram em Genebra com o objetivo de discutir e debater a segurança do paciente no intuito de avançar os conhecimentos sobre os riscos aos pacientes na APS e identificar a magnitude e a natureza dos eventos adversos causados por práticas inseguras. (WHO, 2009).

As investigações sobre a segurança do paciente apresentam maior centralidade nos ambientes hospitalares, pois os cuidados são mais complexos, sendo natural a predominância das pesquisas neste local. (MESQUITA et al., 2016). Destaca-se a importância da reflexão de que a segurança não deve ser pensada apenas quando o indivíduo é hospitalizado, mas também na APS, a principal porta de entrada para os atendimentos à saúde, e muitos eventos identificados nos hospitais se originam nesse cenário. (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2008).

É possível identificar que existem diferenças entre os eventos adversos originados nos hospitais e na APS. Nos hospitais, sua maioria está associada às cirurgias e aos medicamentos, já na APS, ao diagnóstico, tratamento medicamentoso e à comunicação. As ocorrências dos incidentes acontecem entre 5 a 80 vezes por 1000 consultas e a estimativa dos erros evitáveis é de 45% a 76%. (GAAL; VERSTAPPEN; WENSING, 2010; MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2014).

Em 2006, a *National Patient Safety Agency (NHS)* desenvolveu um guia de apoio às organizações e às equipes da APS, explicando os sete passos para promover a segurança do paciente, que são: construção da cultura de segurança; conduzir e apoiar a equipe, estabelecendo como foco a segurança do paciente na organização; integrar o gerenciamento de riscos às suas atividades cotidianas; incentivar a notificação de evento adverso; envolvimento e comunicação com pacientes e comunidade; aprender e compartilhar lições de segurança; e implementar soluções para prevenir danos.

Entende-se que a construção da cultura ocorre quando as equipes são capazes de reconhecer e aprender com os erros, pois as causas dos eventos adversos se relacionam aos processos, não às pessoas, e com o compartilhamento de informações inerentes à segurança. Conduzir e apoiar a equipe está relacionado com as ações em saúde com foco na segurança do paciente, por meio de planejamento anual, com capacitações e análise dos eventos com uma abordagem sistêmica não pessoal. (MARCHON, 2015).

O item integrar o gerenciamento de riscos às suas atividades cotidianas deve ser previsto pelo desenvolvimento de sistemas e processos que possibilitem identificar, avaliar os erros e estabelecer ações envolvendo a equipe nas estratégias de implementação da segurança. (MARCHON, 2015). De acordo com a RDC nº 36 entende-se por gestão de risco como:

Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. (ANVISA, 2013, p. 2).

Já no tópico incentivar a notificação de eventos adversos, compreende-se como a garantia do anonimato, elaborar um sistema de notificação, registrar esses eventos e estabelecer uma cultura não punitiva. No que se refere ao envolvimento e comunicação com pacientes e comunidade, deve-se favorecer o *feedback* dos pacientes por meio de ferramentas específicas e envolver a comunidade por meio de encontros com grupos de usuários para debater a temática segurança do paciente. No que tange ao item aprender e compartilhar lições de segurança, ele é entendido como compartilhar as informações, promovendo o aprendizado, discussões e propostas de mudanças sobre os eventos adversos e proporcionar encontros regulares com a equipe para refletir sobre a qualidade da assistência e segurança do

usuário. E por fim, implementar soluções para prevenir danos, podendo, após investigação e análise dos eventos adversos, elaborar e implementar planos de ações, utilizando tecnologias apropriadas para reduzir os riscos e envolver os pacientes com a equipe neste processo de implementação de mudanças. (MARCHON, 2015).

Sabe-se que é difícil proporcionar um ambiente seguro na APS no contexto brasileiro, tendo em vista que a literatura ilustra fatores contribuintes para os incidentes. (CAMPOS et al., 2014; MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015; MESQUITA et al., 2016). Falhas de comunicação, falta de insumos, ações produtivistas, erros em prontuários, dificuldades na recepção dos pacientes e inadequação no ambiente físico são considerados riscos preocupantes no cuidado. No entanto, existem medidas para minimizar ou excluir estes fatores, tais como, divulgar as práticas seguras, capacitar os profissionais de saúde, melhorar a comunicação interpessoal, organizar a gestão das unidades, incluindo os profissionais nas decisões gerenciais, permitir que os pacientes e os profissionais reconheçam e gerenciem os eventos adversos, motivar os profissionais em prol da segurança e criar sistemas de avaliações de desempenho. (MESQUITA et al., 2016).

A estrutura da APS é considerada heterogênea, em razão dos diversos arranjos organizacionais e modelos gerenciais. Isso dificulta a iniciativa de implementação de ações para a segurança do paciente neste ambiente. Na prática hospitalar, a segurança está associada principalmente à notificação dos incidentes e a seus relatórios, mas estudos comprovam que o potencial dos eventos adversos é enorme e que a base de conhecimento sobre o assunto é mínima. (ESMAIL, 2013).

Considera-se que o debate sobre a segurança do paciente vem crescendo nas organizações internacionais de saúde. No Brasil, a temática ganhou visibilidade com a inclusão da atenção primária como cenário de desenvolvimento de ações para a melhoria da segurança do paciente na PNSP em 2013, mas deve-se analisar que as pesquisas nestes locais ainda são escassas, principalmente pelas dificuldades de financiamento. (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015).

Entende-se que são necessários estudos para o fornecimento de evidências sobre a epidemiologia dos erros, estratégias de intervenção sobre como melhorar a segurança neste local e esclarecer e operacionalizar uma definição fidedigna para este nível de atenção. (GAAL; VERSTAPPEN; WENSING, 2010). Mas, antes de tudo, deve-se reforçar que errar é humano e que os serviços de saúde são suscetíveis a

falhas. Portanto, é indispensável aprender a preveni-las e mudar a cultura de interpretação dos incidentes. (BRASIL, 2017b).

Reconhecendo que o cuidado de saúde na APS é produto de um processo complexo, faz-se necessário propor mudanças para promover a cultura de segurança. A comunicação baseada na confiança mútua, percepções partilhadas da segurança, confiança na eficácia de medidas preventivas, lideranças comprometidas, abordagem não punitiva para a notificação de incidentes e aprendizado organizacional são aspectos essenciais para promover a cultura de segurança com qualidade. (KIRK et al., 2007).

Os desafios a serem superados para a prática de segurança do paciente na APS estão relacionados com a sensibilização dos gestores e profissionais, com o incentivo aos profissionais para a notificação dos erros, exclusão das ações punitivas, inclusão dos pacientes e familiares como participantes ativos na segurança, ampliação das pesquisas referentes à temática no contexto brasileiro e com o fortalecimento da cultura de segurança neste ambiente. (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015).

## 2.4 CULTURA DE SEGURANÇA

A consolidação da segurança do paciente configura-se como aporte para a melhoria da qualidade em saúde, pois permite remodelar o processo de trabalho e aprimorar as estratégias para segurança da assistência. (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015). O modelo de queijo suíço proposto por James Reason aprecia que errar é humano, considerando o erro consequência, não causa. Entende-se que é impossível eliminar as falhas humanas, mas a formação de mecanismos para evitar os eventos adversos deve ser considerada pelas organizações de saúde. (REASON, 1995).

A cultura de segurança é o componente ativo para a qualidade nos serviços de saúde, pois favorece a implantação de práticas seguras. (ANDRADE et al., 2018; BATALHA; MELLEIRO, 2015). As questões culturais podem ser ponderadas como obstáculos significativos para as mudanças requeridas em uma organização, principalmente quando se relacionam com a segurança do paciente. Portanto, conhecer a cultura de segurança é um fator importante para a transformação

organizacional, pois, quando bem estabelecida, é essencial para o sucesso e o bom desempenho. (GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011).

A OMS (2009) elenca dimensões para o aprimoramento da cultura de segurança, que são: o compromisso da gestão, as práticas de trabalho, a prioridade da segurança, a adesão às regras impostas, gerenciamento de riscos e os relatórios dos erros e incidentes. Para alcançar estes quesitos, é necessário o entendimento de valores, crenças e normas, identificar que atitudes e comportamentos relacionados à segurança são esperados e estabelecidos na organização. (PAESE, 2010).

Esta abordagem representa na atualidade um desafio, sendo considerado condição relevante para evitar a ocorrência de incidentes. (ANDRADE et al., 2018). Isso acontece pelo gerenciamento de riscos, sendo indispensável que os profissionais comuniquem os erros para que ocorram de forma proativa. (LEMOS et al., 2018; TOBIAS et al., 2014), mas para que o erro seja identificado e avaliado com credibilidade é necessário que o local esteja com a segurança equilibrada. (GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011).

O conceito de cultura de segurança emergiu da cultura organizacional. (CHIAVENATO, 2014; GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011; TOBIAS et al., 20014). A cultura organizacional é o conjunto de hábitos, crenças, valores, tradições, interações e relacionamentos sociais. É a forma tradicional de pensar e agir compartilhada por todos os profissionais de uma organização. (CHIAVENATO, 2014). No âmbito da saúde, a partir dessa análise conceitual, é possível identificar as características e os objetivos da instituição para promover a cultura, focando na segurança do paciente. (LEMOS et al., 2018; TOBIAS et al., 2014).

A definição de cultura de segurança ganhou visibilidade na década de 1980 após o desastre nuclear de Chernobyl em 1986, com a publicação do relatório que atribuiu o acidente a falhas na cultura de segurança da organização. Este acontecimento proporcionou o reconhecimento da importância da cultura de segurança e incentivou os operadores das usinas nucleares a promover esta avaliação. (WHO, 2009; GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011). Este evento ocasionou uma reflexão para o aperfeiçoamento das atitudes gerenciais, do trabalhador e os valores relacionados à segurança. (PAESE, 2010).

Entende-se como cultura de segurança o padrão integrado de comportamento individual e organizacional relacionado às crenças e valores que buscam minimizar o

dano assistencial ao paciente. (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004). Na Portaria MS/GM nº 529/2013, Art. 4º, o conceito é definido em cinco características:

Todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; proporciona recurso, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança. (BRASIL, 2013, p. 2).

A Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado à Saúde (*Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ*<sup>3</sup>) define a cultura de segurança como o produto individual ou coletivo de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a aptidão de uma organização, na promoção de segurança, impulsionando o profissional a ser mais responsável pelos seus atos por meio de liderança proativa. (BRASIL, 2017a; SORRA; NIEVA, 2004).

Já a RDC nº 36, no Art. 3º, define a cultura de segurança como:

Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde. (ANVISA, 2013, p. 2).

Analisando tais conceitos, destaca-se que propiciar um ambiente livre de culpa e cultura não punitiva é essencial para lidar com os erros e a ponderação da cultura de segurança. Isso pode ser ofertado por mecanismos de informação que previnam e corrijam as falhas e erros, proporcionando um aprendizado profissional para um relato com qualidade. Deve ser destacado que a segurança não pode ser centrada em apenas uma pessoa, um equipamento ou no serviço, mas, sim, na interação de todos estes componentes. (TIMM, 2015).

Investigar a cultura não consiste apenas em identificar sua presença ou ausência, mas também em analisar a relação da pessoa, trabalho e organização, favorecendo o aprofundamento do conhecimento sobre a cultura de segurança, fazendo com que a segurança do paciente seja considerada componente crítico para

---

<sup>3</sup> Empresa federal americana encarregada de conduzir e amparar as ações relacionadas à melhoria da segurança do paciente e à qualidade dos cuidados assistenciais no país. Seu objetivo é apoiar e aprimorar a cultura de segurança nas organizações de saúde.

a qualidade assistencial, principalmente na APS. (LEMOS et al., 2018; TOBIAS et al., 2014).

Diante deste contexto, pesquisas aprofundadas neste tema subsidiam os gestores a elaborar o planejamento e o desenvolvimento de estratégias para melhorar a segurança do cuidado na APS. (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2014). Frente a isso, a utilização de ferramentas para a avaliação da cultura é necessária para a compreensão das atitudes e comportamentos dos profissionais. As análises de avaliação podem ser consideradas um mecanismo, pois consideram a interação entre os aspectos organizacionais e individuais, permitindo o melhor entendimento da dinâmica da equipe e as atitudes pessoais em relação à cultura de segurança do paciente. (TOBIAS et al., 2014).

Os estudos de cultura relacionada à segurança do paciente na APS são recentes e estão focadas no déficit organizacional, comunicação e habilidade pessoal. É importante realçar seu potencial com a finalidade de melhorar a segurança nestas organizações. Sabe-se que, conhecendo a maturidade da cultura de segurança, os gestores poderão priorizar as condutas de melhoria. (GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011).

A cultura de segurança pode ser avaliada de duas formas, tais como, abordagem quantitativa, na qual se utiliza questionários que são entregues aos trabalhadores e gestores, pelos quais eles avaliam suas atitudes para a segurança e as percepções de como este processo ocorre no local em que está inserido e abordagem sócio antropológica qualitativa, em que se usa técnicas de observação associadas a entrevistas com os profissionais e usuários. (ANDRADE et al., 2018; PAESE; DAL SASSO, 2013; WHO, 2009). Sabe-se que há necessidade de múltiplos enfoques para o aprofundamento destas questões, de maneira compreensiva e dinâmica, para a interação dos diferentes processos. (TIMM, 2015).

Com isso, considera-se a avaliação da cultura de segurança como uma ferramenta de gestão, pois essa ação compreende a percepção dos trabalhadores referente a segurança no ambiente de trabalho, identifica os locais em que a cultura de segurança necessita ser aprimorada, avalia a efetividade das ações implantadas para as melhorias, compara os dados interno e externos e prioriza os esforços para o fortalecimento da cultura de segurança. (SORRA; NIEVA, 2004).

No que se refere a participação do usuário na segura segurança, este item é uma recomendação da OMS, que está elencado como um dos principais eixos



estabelecidos pelo PNSP que consiste no “Envolvimento do Cidadão na sua Segurança”, considerando os pacientes, familiares e acompanhantes como parceiros nos esforços para a prevenção dos eventos adversos. (BRASIL, 2017c).

A partir disso, o usuário deve ser ouvido e convidado para participar do seu cuidado e tratamento, ou seja, deixar de ser um mero recebedor de cuidados. Essa ação pode ser feita, por meio da participação ativa, ciência de seus direitos e deveres, compreensão dos riscos associados a assistência, prestar informações corretas sobre seu estado de saúde, aceitar o tratamento, seguir as instruções dos profissionais, participar das decisões assistenciais e por fim, realizar a notificação à Anvisa, caso aconteça algum evento adverso durante seu atendimento. Dessa forma, entende-se que a parceria entre paciente, família e profissional de saúde pode contribuir ativamente para o tratamento e segurança de todos. (BRASIL, 2017c).

Paese e Dal Sasso (2013) fizeram um estudo que avaliaram a segurança do paciente na APS. Para tal, foi utilizado o questionário de atitudes de segurança, *Safety Attitudes Questionnaire*<sup>4</sup>, que apresenta nove atitudes: Satisfação do trabalho; Cultura do trabalho em equipe; Condições de trabalho; Comunicação; Segurança do paciente; Educação permanente; Gerência do centro de saúde; Reconhecimento do estresse; e Erro. As atitudes que apresentaram maior relevância para a cultura de segurança foram as condições de trabalho, a cultura de trabalho, a comunicação e a gerência de centro de saúde.

Para que a cultura seja incorporada, as organizações de saúde precisam disponibilizar estrutura adequada, promover o redesenho dos processos, instituir a segurança como prioridade, requerer a participação de todos os profissionais, os erros devem ser considerados como aprendizagem, enfatizar que a responsabilidade é compartilhada, independentemente do cargo, e incluir os pacientes e familiares como parceiros. (BRASIL 2013a). Assim, conhecer a cultura de segurança é importante, pois os resultados positivos favorecerão os pacientes, colaboradores e a organização. (TOBIAS et al., 2014).

Sabe-se que os profissionais da APS, muitas vezes, têm menos controle sobre o gerenciamento dos cuidados em comparação aos atendimentos hospitalares, em razão da alta rotatividade de atendimentos. (TIMM, 2015). A problemática dos

---

<sup>4</sup> O SAC é um instrumento que tem duas versões. A versão original tem 60 questões e nove domínios. Já a versão curta tem 36 questões e seis domínios. Esse instrumento pode ser utilizado no contexto hospitalar e APS. (SARAIVA; ALMEIDA, 2018).



eventos adversos é multifatorial, sendo associada aos processos existentes em todo o sistema. A APS apresenta uma gama de complexidade, principalmente com a evolução tecnológica, que incorporou vários atendimentos que antes eram realizados em outros serviços de saúde. Entretanto, organizar estratégias simples e efetivas neste ambiente pode auxiliar na prevenção e redução dos incidentes com a finalidade de instituir a segurança nas organizações com a interação do processo cultural, o qual promoverá maior consciência dos profissionais, compromisso ético no gerenciamento de risco e consequente aquisição da segurança para si e para os usuários. (OLIVEIRA et al., 2014).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Neste capítulo, constarão a descrição da teoria do desenvolvimento organizacional e o referencial metodológico proposto por Brown et al. (2008), que foi utilizado para a realização desta pesquisa. No que se refere a escolha dos referencias, entende-se que a Teoria do Desenvolvimento Organizacional está relacionada com a linha de pesquisa da pesquisadora que é Gerenciamento dos serviços de saúde e enfermagem e também por apresentar direcionamento teórico. Já o modelo proposto por Brown et al. 2008 correlaciona-se com a temática em estudo (segurança do paciente), uma vez que o autor, propõe um modelo de avanço na segurança do paciente em organizações de saúde complexas pela análise das estratégias de melhoria em todos os seus níveis. Com isso, esse referencias irão subsidiar os objetivos dessa pesquisa.

#### 3.1 TEORIA DO DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL (DO)

O período de transformação social caracterizou a década de 1960 e causou mudanças importantes no comportamento das pessoas, ambiente e administração organizacional. (LEITE; ALBUQUERQUE, 2010). Diante deste contexto, os estudos sobre a teoria do desenvolvimento organizacional se iniciaram em 1962 com o objetivo de renovação organizacional, sendo preconizada a manipulação da organização como um sistema social aberto. (CURY, 2000).

Inicialmente, o desenvolvimento organizacional foi reconhecido como uma estratégia de ação voltada para o gerenciamento de processo de mudança, que necessitava ser implantado, acompanhado, consolidado, verticalizado e institucionalizado. Desta forma, considera-se que esta teoria consiste em um processo de mudança organizacional, envolvendo toda a organização com ações planejadas para aumentar a eficácia das suas atividades. (LEITE; ALBUQUERQUE, 2010).

No âmbito da saúde, a finalidade do é promover a mudança da pessoa, da natureza e da qualidade com relação ao ambiente trabalho, ou seja, está voltada para o planejamento de estratégias organizacionais, que se sucedem pelo diagnóstico, pela intervenção e pela modificação estrutural e comportamental, sendo necessária uma transformação da cultura organizacional, para que se obtenham eficiência e eficácia nos processos organizacionais. (MATOS; PIRES, 2006).

As ações desenvolvidas por esta teoria advieram pelas necessidades das organizações referentes às questões ambientais. Com isso, foram feitas mudanças com o desenvolvimento de teorias para auxiliar na superação das dificuldades emergentes, colocando-as novamente em equilíbrio. Para que os fundamentos básicos sejam contemplados, as organizações devem ser flexíveis para se moldarem às mudanças necessárias. Neste contexto, acredita-se que o melhor critério para avaliar a qualidade de uma determinada organização seja a capacidade inicial de mudar a si mesma. (GOMES, 1978).

Diante deste fato, o DO tem como fundamento auxiliar os membros de uma organização para remover as barreiras existentes que impedem a liberação do potencial humano. Para que isso ocorra, esta teoria conta com algumas metas que melhoram o desenvolvimento da organização, tais como: construção de confiança, redução de competição inapropriada, desenvolvimento de sistema de recompensa, execução do autocontrole, entre outros. Contudo, compreende-se que estas ações devem ser empreendidas em longo prazo, uma vez que recebem apoio da administração estratégica, pois estão destinadas a aprimorar o processo de solução dos problemas e compor a renovação da organização pelo diagnóstico situacional e pela gerência da cultura organizacional. (SILVA JUNIOR; VASCONCELOS; SILVA, 2010).

Como citado anteriormente, o desenvolvimento organizacional pode ser considerado a execução de mudanças organizacionais planejadas, que procuram fazer modificação não apenas nas pessoas, mas na natureza da empresa, favorecendo a qualidade de trabalho. Sua tarefa é transformar a cultura e melhorar o clima organizacional. Este processo deve ser analisado com base em ações tecnológicas, sociais e gerenciais. (CURY, 2000).

Sabe-se que esta teoria é entendida como o estudo das organizações formais pela análise crítica da gestão organizacional das suas prioridades e dos seus problemas. Pode-se dizer que é uma disciplina de gestão e administração, pois se preocupa com a análise organizacional, a compreensão, a explicação e a previsão da estrutura de uma organização. (BILHIM, 2001). Está relacionada também com a ampliação da teoria comportamental, a motivação humana, o comportamento de grupo, a pluralidade de mudanças, a criação de novos conceitos, a estrutura e o comportamento humano e os conflitos interpessoais. (CHIAVENATO, 2004).

Neste contexto, o desenvolvimento organizacional apresenta-se em três aspectos essenciais: o descritivo, que descreve e informa como a organização está formada; o explicativo, que explica o motivo pelo qual os indivíduos, grupos e sistemas apresentam um determinado comportamento; e o prescritivo, que orienta como pode acontecer o processo de mudança, tornando a organização mais eficaz. (BILHIM, 2001).

Para Chiavenato (2004), o conceito do está relacionado com o processo de mudança e a capacidade de adaptação da organização. A definição desta teoria é entendida como:

Abordagem baseada nas ciências comportamentais em um esforço conjugado para melhorar a capacidade de uma organização confrontar-se com o ambiente externo e incrementar sua capacidade de resolver problemas. O DO utiliza técnicas e modelos de mudança organizacional planejada. (CHIAVENATO, 2004, p. 320).

Outro autor relata esta teoria como esforço em longo prazo para a resolução de problemas e a renovação de uma organização, que acontece por meio de uma administração eficaz com a junção da cooperação da cultura organizacional. (CURY, 2000).

Beckhard (1972, p. 10) define esta teoria como:

Esforço planejado que abrange toda a organização e a administração para aumentar a eficiência e a saúde da organização através de intervenções planejadas nos procedimentos da organização, usando os conhecimentos fornecidos pelas ciências do comportamento. (BECKHARD, 2010, p. 10).

Pode-se entender que esta teoria atua como um processo de aperfeiçoamento do sistema gerencial, para que possa ampliar e melhorar seus resultados. O principal mecanismo de mudança é a redistribuição de poder, que deve ter base na confiança e segurança, principalmente no que se refere à resolução de conflito. (HESKETH, 1977).

Seus pressupostos são desenvolvidos pela constante e rápida mutação do ambiente, necessidade de adaptação contínua, interação entre indivíduo e organização, mudança planejada, participação e comprometimento do coletivo, melhoria do bem-estar organizacional e pela variedade de estratégias. (CHIAVENATO, 2004).

Encontram-se na literatura autores, como Silva Junior, Vasconcelos e Silva (2010) que expõem algumas etapas para o desenvolvimento organizacional, mas no modo geral, são concebidas seis etapas, que são:

(1) mudança planejada; (2) processos de solução de problemas advindos das ameaças e oportunidades conferidas pelo ambiente; (3) necessidade de melhoria dos processos internos e de autorrenovação; (4) perspectiva de administração participativa por meio do compartilhamento da gestão com os colaboradores; (5) desenvolvimento e fortalecimento (*empowerment*) de equipes no sentido de dotá-las de liberdade de atuação, de participação nas decisões, plena autonomia no desempenho das tarefas e responsabilidade total pelos resultados (equipe autogerenciada); (6) a perspectiva de pesquisa-ação, ou seja, utilizar a pesquisa para o diagnóstico e a ação para a mudança. (SILVA JUNIOR; VASCONCELOS; SILVA, 2010, p. 18).

Para Chiavenato (2004), o processo do desenvolvimento organizacional pode ser seguido em oito etapas: decisão para utilizar o DO; diagnóstico situacional; coleta de dados; retroação de dados e discussão entre os grupos de trabalho; planejamento das ações; desenvolvimento de equipes para analisar os problemas encontrados; desenvolvimento intergrupar e reunião para debate das análises; e avaliação e acompanhamento dos resultados. (CHIAVENATO, 2004). Isso ocorre diante do desenvolvimento de um sistema autorrenovável e viável com sua otimização e eficiência. As orientações devem ser vistas com alta colaboração e baixa concorrência, fazendo com que os conflitos sejam debatidos adequadamente e as decisões, tomadas com base nas informações concretas. (BECKHARD, 1972).

No entanto, para que essas etapas sejam aplicadas, algumas intervenções devem ser feitas, estando relacionadas com o desenvolvimento de equipes - fixação de metas, tomada de decisão e técnicas de soluções para os problemas; com a solução de problemas intergrupais - úteis quando apresenta ocorrência de conflito improdutivo; com o *feedback* de dados - discussão de dados; intervenção na estrutura, mudança da estrutura; e com o treinamento - habilidades, educação e ampliação dos conhecimentos. (CURY, 2000).

A metodologia do pressupõe o desenvolvimento e a compreensão do comportamento, estrutura e processo organizacional. Seu fundamento é que a organização deve ser flexível para realizar o processo de mudança. Considera-se este fator como a melhor forma de avaliar a qualidade de uma organização, pois visa à mudança de conhecimento, valores, atitudes e comportamentos das pessoas e/ou grupo; hábitos, valores e filosofia; estrutura, centralização/descentralização; e

tecnologia, processo unitário/contínuo e mecanização. Suas características estão incluídas com o planejamento de mudanças, o diagnóstico situacional, o envolvimento de toda a organização e os resultados obtidos em longo prazo. (GOMES, 1978).

Um estudo realizado em cinco organizações no Rio de Janeiro no ano de 2000 e 2001 notou problemas no processo do desenvolvimento organizacional, principalmente nas dificuldades que as empresas encontram de comunicar os novos objetivos da organização; tornar esses objetivos claros e compreensíveis; fazer com que os profissionais entendam os objetivos e aceitem o processo de mudança. Com isso, compreende-se que a pessoa envolvida no processo organizacional não deve ser vista apenas como um agente representativo da organização, mas como um ator consciente na construção da nova realidade com o reconhecimento da participação destas pessoas neste processo. (SILVA; VERGARA, 2003, p. 11).

As mudanças organizacionais não podem ser entendidas somente na visão estratégica, processual ou tecnológica. É preciso um olhar específico para as mudanças de relações como as relações do indivíduo com a organização, dele com seus pares, da organização com a sociedade, do indivíduo com a sociedade e dele consigo mesmo. (SILVA; VERGARA, 2003).

Pode-se considerar que o DO é uma ferramenta organizacional para aprender a lidar com a complexidade das mudanças. (HESKETH, 1977). No entanto, este processo não deve ser apreendido nos aspectos de solucionar problemas específicos, isolados, rotineiros, eventuais ou emergenciais, deve ser implementado com o objetivo de melhorar o desempenho organizacional. (LEITE; ALBUQUERQUE, 2010). Contudo, compreende-se como uma alternativa democrática e participativa para a renovação e a revitalização, apresentando esforço conjugado para melhorar a qualidade de uma organização. (CHIAVENATO, 2004).

### 3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para esta pesquisa, foi utilizado o referencial metodológico de Brown et al. (2008), que propõe um modelo de cadeia causal, e sua intenção é promover avanços na segurança do paciente em organizações de saúde complexas pela análise das estratégias de melhoria em todos os seus níveis.

O conceito da cadeia causal está baseado nas concepções teórico-metodológicas de Avedis Donabedian, na compreensão dos erros latentes e ativos propostos por Reason e na Teoria do Desenvolvimento Organizacional.

As concepções de Avedis Donabedian estão voltadas para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde. Conhecido como “tríade donabediana”, ela corresponde a de três dimensões: estrutura, processo e resultado. A estrutura está relacionada com o desenvolvimento do nível institucional, abrangendo a avaliação dos elementos estáveis da instituição e as características necessárias ao processo assistencial, ou seja, avalia os recursos físicos, humanos, materiais, financeiros, incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços. O processo se refere às atividades que constituem a atenção à saúde e envolve a interação de profissionais de saúde e a população assistida, ou seja, irá descrever as atividades na assistência, a competência profissional e os aspectos éticos relacionados ao profissional e ao paciente em todo o processo de cuidado. E o resultado é considerado produto final da assistência prestada, de forma a analisar o estado de saúde e satisfação de padrões e expectativas. (DONABEDIAN, 1966).

Na compreensão das definições propostas por Reason (2005), entendem-se os erros latentes como atos ou ações evitáveis existentes dentro do sistema e surgem por decisões feitas por gestores. Estes aspectos são diretos e observáveis de um sistema de trabalho, sendo que os erros podem permanecer ocultos por um determinado tempo, tornando-se evidentes quando combinam com as circunstâncias locais e as falhas ativas de modo a criar diversas barreiras do sistema. Consideram-se os erros ativos como atos inseguros, cometidos por uma pessoa que está em contato direto com o sistema e pode assumir variadas formas, como deslize e lapso com base na habilidade, enganos com base nas normas, no conhecimento ou violações. Pode-se dizer que a falha humana e seus efeitos e consequências são imediatos. (NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010).

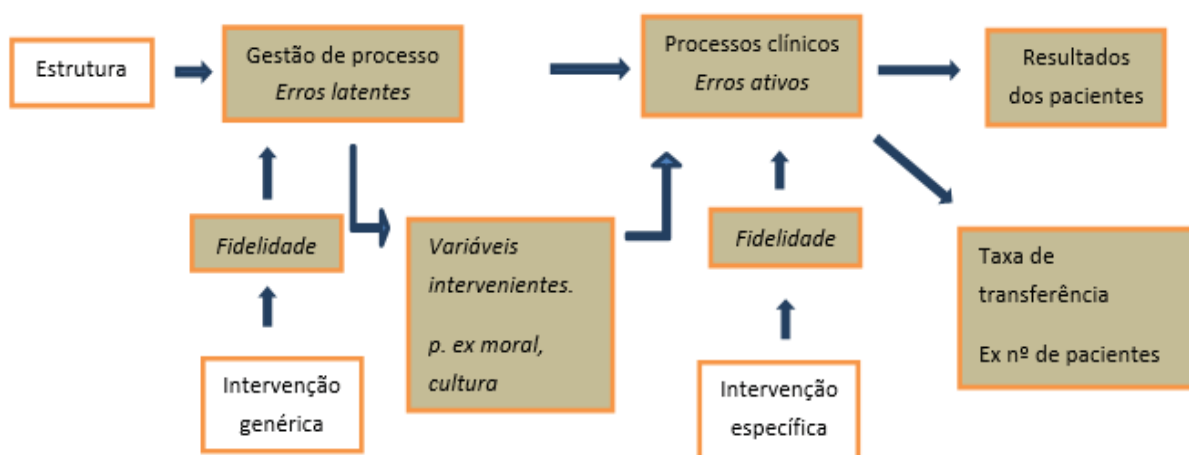
Com relação à cadeia causal, pode-se descrever que este modelo está ligado às diferentes causas de um problema e a seus efeitos. Seu objetivo é desenvolver uma estrutura conceitual e estratégica para identificar e promover ações corretivas. Também, compreende a complexidade dos fatores causais que conduzem os problemas e respondem às seguintes questões: “Por quê?” e/ou “Qual é a causa?”. (SILVA; RIBEIRO; MIRANDA, 2017). Considera-se como uma ferramenta de gerenciamento pois auxilia a identificar no estudo as implicações de diferentes opções

políticas sobre o agravamento ou solução do problema e fornece bases para modelagem quando necessário. (MARQUES, 2002).

Deve-se destacar que a análise da cadeia causal e a análise de causa raiz são processos diferentes, mas acredita-se que a causa raiz seja um componente da cadeia causal. (MARQUES, 2002). A análise de causa raiz consiste na investigação do problema e na identificação das causas para a realização de ações corretivas. Seu objetivo é saber por que aconteceu determinado evento, prevenindo, então, futuros eventos adversos por meio de ações preventivas. (RUNCIMAN et al., 2009; AGUIAR, 2014).

A FIGURA 1 ilustra o modelo de cadeia causal de uma organização de saúde, proposto por Brown et al. (2008), que se inicia com a **estrutura** - o local em que o serviço é prestado. São fatores exógenos em que os dados não podem ser completamente definidos pelos gestores, como exemplo, os financiamentos e as políticas públicas. O **processo** é fatores endógenos e pode ser distinguido em dois tipos: o processo de gestão/organização, que é a política de recurso humano, a formação de novos funcionários e a gestão de abastecimento. Neste item, podem ser encontradas as falhas latentes. Já nos processos clínicos, consideram-se a prática baseada em evidência (PBE), a segurança do paciente e a qualidade da comunicação, em que podem ocorrer as falhas ativas. E por fim, os **resultados**, com a quantidade de pacientes tratados.

FIGURA 1 – MODELO DA CADEIA CAUSAL PROPOSTO POR BROWN et al., 2008.



FONTE: Traduzido de BROWN et al. (2008).

LEGENDA: As caixas sombreadas representam os pontos finais que podem ser mensurados em uma avaliação das ações relacionada com a segurança do paciente. Os pontos substitutos estão em itálico.



Como ilustrado na cadeia causal, FIGURA 1, as variáveis intervenientes e comportamentais (cultura de segurança, moral, atitude, moral), em conjunto com a fidelidade, e as intervenções genéricas e específicas são relevantes para a avaliação da intervenção, pois estes pontos podem afetar os resultados. (BROWN et al., 2008).

Observa-se que na cadeia causal as intervenções genéricas ou difusas são aplicadas na estrutura e nos processos gestão/organização, mas se forem feitas de maneira eficaz, podem reduzir os erros latentes. Já para as intervenções específicas, nota-se a aplicação dos processos clínicos, que estão relacionados com as ações, podendo colocar em risco a segurança do paciente. Diante deste contexto, observa-se ocorrência de erros ativos, podendo seus efeitos ser sentidos imediatamente. (BROWN et al., 2008).

## 4 MATERIAIS E METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem quanti-qualitativa. O estudo quantitativo é caracterizado pelo emprego da quantificação, tanto nas técnicas estatísticas quanto na coleta de informação, ou seja, com base na mensuração, classificação e avaliação de números. (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008). A pesquisa qualitativa tem uma visão direcionada, e seu objetivo não está na busca para enumerar ou medir eventos. Também não emprega instrumental estatístico para análise dos dados, e seu foco é a obtenção de dados descritivos pelo contato direto e interativo do pesquisador com o objeto de estudo, procurando entender os fenômenos segundo a perspectiva da situação dos participantes no caso estudado. (NEVES, 1996).

No que se refere a pesquisa avaliativa, inicialmente deve-se entender o conceito de avaliação. De acordo com Kraemer (2006), a palavra avaliação vem do latim e seu significado é compreendido como: valor ou mérito do objeto em pesquisa. É considerado um instrumento importante, pois permite descrever os conhecimentos, atitudes ou aptidões da pessoa ou questão que está sendo avaliada. Permite também a junção do ato de avaliar ou medir os conhecimentos adquiridos.

A pesquisa avaliativa tem como objetivo ofertar prioridade às condições de produção ou à utilização do conhecimento que seja reconhecido pela comunidade. Seu propósito principal é a formação de conhecimento que seja reconhecido pela comunidade científica e sirva como fator orientador de decisão quando colocadas questões de viabilidade, disponibilidade de recurso e tempo e demandas externas da pesquisa. Seu enfoque está relacionado com a formulação dos objetivos com o intuito de identificar os impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas. Busca alcançar o equilíbrio entre o controle da subjetividade com a garantia da objetividade, viabilidade, ética e a artificialidade. (NOVAES, 2000).

Sabe-se que os conceitos de avaliação em saúde podem ser encontrados de maneiras diversificadas, mas existem critérios que auxiliam para a tomada de decisão conceitual e metodológica na construção do processo de avaliação, que são: o objetivo da avaliação - priorizar as condições de produção do conhecimento; a posição do avaliador - depende com o objeto a ser avaliado (interno ou externo); o enfoque

priorizado - caracterização/compreensão de um contexto (interno) ou a quantificação/comparação de impactos (externo); a metodologia predominante - quantitativa, qualitativa, situacional ou experimental; o contexto da avaliação - controlado ou natural; a forma de usar as informações produzidas - mostrar, comparar ou informar; o tipo de juízo formulado - comparar, negar hipóteses ou recomendar; e a temporalidade da avaliação - pontual, corrente ou contínua. Pela combinação da escolha dos critérios citados, podem-se identificar três tipos de avaliação: investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão. (NOVAES, 2000).

Diante desse contexto, destaca-se que esta pesquisa se caracteriza por uma investigação avaliativa, pois, de acordo com os critérios, o objeto do trabalho será o conhecimento referente à temática, o avaliador é externo, o enfoque do trabalho será a compreensão e a caracterização dos problemas, a metodologia é quantitativa-qualitativa, o contexto será controlado, as informações serão ilustradas, o tipo de juízo serão as recomendações e a temporalidade pontual.

#### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

Pesquisa realizada no âmbito da APS, em um Distrito Sanitário (DS), em Curitiba - PR, localizado na região sudoeste da cidade. Optou-se por fazer esta pesquisa em apenas um distrito sanitário, pois Curitiba tem 10 subdivisões sanitárias, gerenciadas separadamente, e isso impacta no processo de gestão de cada unidade de saúde. Entre os tipos de estabelecimentos o município possui 110 unidades de saúde, sendo 66 unidades com a Estratégia Saúde da Família e 44 unidades básicas. Também é constituído por nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 12 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), seis Centros de Especialidade Médica, dois Centros de especialidade Odontológica, um Centro de Orientação e Atendimento aos portadores de HAIV/AIDS (COA), dois Hospitais Municipais e um Laboratório Municipal.

A cidade de Curitiba é composta por uma área de 434, 967 km<sup>2</sup>. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem uma população de 1.751.907 habitantes, com predominância feminina, principalmente na faixa produtiva de 20 a 59 anos. (IBGE, 2010).

A assistência à saúde em Curitiba tem como missão *“Garantir e melhorar o acesso com qualidade, equidade e humanização, para atendimento em tempo*

*adequado, integral e com resolubilidade das necessidades da população de saúde, na rede serviços do SUS*". A APS na capital tem dois modelos de unidades de saúde: Unidades com ESF e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Diferem-se pela organização da atenção, no perfil das equipes e na divisão territorial. A APS no distrito sanitário em estudo é composta por 14 unidades de saúde: sete UBS e com sete ESF. O DS conta também com um Centro de Especialidade Médica, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016).

O objetivo da ESF é reorganizar a APS no país com os preceitos do SUS. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, promovendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde, doenças e outros agravos. (MENDES, 2015). É considerada como forma de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, pois reorienta o processo de trabalho, impacta nas situações de saúde e proporciona uma relação custo-efetividade. A equipe é composta preferencialmente por médicos e enfermeiros com especialidade em saúde da família, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e Agente Comunitária de Saúde (ACS). Podem fazer parte da equipe um agente comunitário de combate às endemias (ACE), um cirurgião dentista e um auxiliar ou técnico de saúde bucal. O número de ACS por equipe é definido com base na população e nas características do local. (BRASIL, 2017d).

A UBS é a modalidade que deve atender os princípios e diretrizes propostas para a atenção básica. A gestão municipal poderá compor as equipes de acordo com as características e necessidades do município. Seu objetivo é garantir o acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a comunidade, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado. (BRASIL, 2017d).

Com relação a segurança do paciente no local de estudo, o Estado do Paraná em 2017 ampliou a segurança por meio de dois manuais operativos (Selo Bronze e Prata). Esses manuais têm como objetivo aperfeiçoar a ação profissional e garantir a segurança do usuário e da equipe. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2018). Diante disso, é importante reforçar a inserção do PMAQ nesse cenário, pois esse programa tem como objetivo principal, ampliar o acesso e melhorar a qualidade na APS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais na atenção básica. (BRASIL, 2015).

### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram elencados por dois grupos. No primeiro momento os participantes foram os enfermeiros que trabalham nas unidades de saúde no DS escolhido. A população alvo foi identificada pelas listas de funcionários fornecidas pela gerência do DS. A população aproximada desse distrito era de 52 enfermeiros, sendo 25 da ESF e 27 da UBS. Foram incluídos os profissionais que atuavam em período superior a seis meses na APS e excluídos aqueles que se encontravam afastados de suas atividades laborais por motivo de férias ou licença saúde/maternidade no período da coleta de dados. A perda amostral foi de dois profissionais da ESF, que se recusaram a participar deste estudo, um enfermeiro da UBS, que não entregou o instrumento preenchido no período da coleta, e seis, que se encontravam de férias ou licença saúde/maternidade. Compuseram a amostra final 43 participantes: 20 enfermeiros das unidades ESF e 23 das UBS.

A escolha dos participantes se deu por considerar essa categoria como uma profissão que tem um contingente significativo de profissionais que atuam em diversos locais e desenvolvem funções variadas, sendo considerada eixo principal para o desenvolvimento de assistência de qualidade, por ser uma profissão comprometida com o ser humano e a coletividade. (BARBOSA et al., 2004; BRASIL, 2004; SILVA et al., 2018). Uma análise feita pela rede de estabelecimentos do SUS, principal empregador do país, mostrou que a enfermagem é a maior fonte de contratação profissional, pois 52% dos enfermeiros são funcionários públicos. (CARVALHO et al., 2018). Diante deste contexto, observa-se que esta categoria é a principal força de trabalho das organizações de saúde.

A coleta de dados aconteceu em julho de 2017 com as unidades ESF e em dezembro de 2017 com as UBS. Inicialmente, foi feito contato telefônico com a autoridade sanitária local de saúde de cada unidade<sup>5</sup>. Nesta ligação, foram apresentados os objetivos da pesquisa. Tendo em vista esta explanação, foi agendado um dia para que a pesquisadora abordasse os participantes, de maneira individual, em seu ambiente de trabalho. Neste momento, foi feito um convite formal

---

<sup>5</sup> A autoridade sanitária local de saúde na APS é um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, que tem o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. (BRASIL, 2017d).

com a apresentação dos objetivos da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) aos profissionais que aceitaram participar, tendo sido entregues o instrumento de avaliação escolhido para este estudo e o TCLE.

Com o aceite de participação, o instrumento e o TCLE foram entregues aos participantes em um envelope com duas vias, sendo uma de posse do profissional e outro da pesquisadora. Após o aceite voluntário e a assinatura do TCLE, aplicou-se o instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) (ANEXO 1). Após a entrega, o profissional teve a opção de responder às questões fora do seu ambiente de trabalho ou na sala de reunião da unidade de saúde. A pesquisadora ficou à disposição para supostas dúvidas, bem como para buscar o termo e o instrumento respondido na unidade em outra data.

O segundo grupo de participantes foram elencados para a validação das estratégias. As estratégias de melhoria foram elaboradas a partir da construção da cadeia causal. Com essa ação, foi possível identificar os principais problemas da segurança do paciente na APS. Com a identificação dos problemas, utilizou-se a teoria do desenvolvimento organizacional e busca da literatura de temas condizentes com os problemas encontrados. Após a elaboração das estratégias, optou-se pela validação de conteúdos das mesmas.

Para a validação das estratégias genéricas e específicas elaboradas pela pesquisadora, foram convidados os enfermeiros do Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) da Universidade Federal do Paraná (UFPR). A quantidade de pessoas que participam desse grupo é, aproximadamente, 40 pessoas, entre enfermeiros e acadêmicos de enfermagem. Com isso, pode-se considerar que a população de enfermeiros participantes do grupo de pesquisa é de aproximadamente 25 profissionais.

O critério de inclusão para participar da validação era ser enfermeiro e ser participante do grupo de pesquisa. O convite foi enviado via endereço eletrônico para cada profissional que atendeu aos critérios estabelecidos. Após o aceite, solicitou-se uma reunião para apresentação das estratégias. Aos enfermeiros que participaram da reunião foram entregues os TCLE e o instrumento de validação (APÊNDICE 2), impresso com as instruções de análise em conjunto com as estratégias de melhoria para acompanhamento.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa, foram considerados os aspectos éticos descritos na Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e carta circular n° 51-SEI/2017. A pesquisa foi apreciada e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências e Saúde da Universidade Federal do Paraná e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (ANEXO 2), conforme CAAE 66939717.3.0000.0102 e sob o parecer 2.043.970.

No que se refere a utilização do TCLE, o mesmo foi entregue a todos os participantes (aplicação do MOSPSC e validação das estratégias). Considerando que essa pesquisa faz parte de projeto maior de responsabilidade da orientadora, o TCLE foi elaborado para ser utilizado nas duas finalidades. O item “b” do instrumento esclarece essa questão.

Foram preservados o sigilo e o anonimato das informações. Os participantes foram codificados com ESF e uma letra do alfabeto para os enfermeiros das unidades com ESF (ex: ESF A, ESF B etc.) e UBS para aqueles que atuam em unidades UBS (ex: UBS A, UBS B etc).

#### 4.5 ETAPAS DA PESQUISA

As etapas da pesquisa foram divididas em: descritiva, explicativa e prescritiva.

A etapa descritiva está relacionada com o primeiro objetivo deste estudo, que é descrever a cultura de segurança na perspectiva dos enfermeiros na APS. A técnica de coleta de dados ocorreu com a aplicação do instrumento MOSPSC. Participaram desta ação a pesquisadora e os enfermeiros das respectivas unidades. A análise dos dados foi feita por tabulação e por estatística descritiva. Para apresentar os resultados, foram feitos gráficos e tabelas.

A etapa explicativa compõe o objetivo, que é apresentar a segurança do paciente na perspectiva dos desafios a serem enfrentados na APS para o desenvolvimento organizacional. A técnica de coleta dos dados deste item foi a utilização do referencial teórico proposto por Brown et al. (2008) pela análise da cadeia causal. A única participante desta ação foi a pesquisadora, que utilizou a abordagem qualitativa para análise dos dados, tendo sido construída uma matriz para que a análise da cadeia causal fosse mais congruente.

Já na etapa prescritiva, o objetivo relacionado foi elencar estratégias genéricas e específicas de mudança, que fortalecessem a segurança do paciente. A pesquisadora fez a discussão da análise da cadeia causal à luz da teoria do desenvolvimento organizacional por meio da abordagem qualitativa para propor ações estratégicas de melhorias para a segurança do paciente na APS.

Para atender aos objetivos propostos, o QUADRO 2 ilustra o detalhamento das ações empreendidas.

QUADRO 2 - ETAPAS DO ESTUDO

OBJETIVOS	ETAPA	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	PARTICIPANTES	ANÁLISE DE DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS
Descrever a cultura de segurança entre os enfermeiros da APS;	Descritiva	Aplicação do instrumento <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> (MOSPSC).	Pesquisadora e os enfermeiros das unidades de saúde.	Abordagem quantitativa;  Tabulação dos dados, estatística descritiva;  Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas.
Apresentar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos desafios a serem enfrentados na APS para o desenvolvimento organizacional;	Explicativa	Referencial metodológico (Brown) – análise da cadeia causal.	Pesquisadora	Abordagem qualitativa;  Construção da Matriz  Análise dos dados na cadeia causal.  Os dados foram apresentados em forma de representação gráfica da cadeia causal
Elencar estratégias genéricas e específicas de mudança que fortaleçam a segurança do paciente na APS.	Prescritiva	Discussão da análise da cadeia causal à luz da Teoria do Desenvolvimento Organizacional	Pesquisadora e Enfermeiros do grupo de pesquisa	Abordagem qualitativa;  Análise e apresentação dos resultados das etapas anteriores;  Construção das intervenções genéricas e específicas

FONTE: A autora (2018).



#### 4.6 ETAPA DESCRITIVA

Para avaliar a cultura de segurança do paciente na APS, optou-se por utilizar o instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), pois é o único direcionado especificamente para APS disponível atualmente. Empregou-se a versão traduzida, adaptada e validada para o contexto brasileiro por Timm (2015). O instrumento foi desenvolvido em 2007 pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) nos EUA como forma de investigação científica, sendo que a adaptação transcultural e validação já foram feitas na Espanha e no Lêmen. Este instrumento é considerado uma ferramenta útil e aplicável para avaliar a cultura de segurança do paciente em unidades de atenção primária na Europa. (TIMM, 2015).

A tradução e a validação para o contexto brasileiro ocorreram no período de março a abril de 2015. (TIMM, 2015). O pré-teste aconteceu em três centros de saúde e numa clínica da família (unidade com oito equipes de saúde da família) de uma regional da Secretaria do Estado do Distrito Federal. Foram distribuídos 52 questionários e recebidos 37 devolutivos. As categorias profissionais que participaram dessa ação, foram: técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, odontólogos, equipe administrativa, técnicos de laboratório, nutricionista, técnico de saúde bucal, administrador, gerente, chefia de enfermagem, chefe do setor de registro e agente comunitário. A versão MOSPSC em português apresentou coeficiente de alfa de *Cronbach* de 0,95, o que expressa alta confiabilidade. (TIMM; RODRIGUES, 2016).

O instrumento é constituído por 51 perguntas que medem 12 dimensões diretas da segurança do paciente, que são: comunicação aberta; comunicação sobre o erro; troca de informações com outros setores; processo de trabalho e padronização; aprendizagem organizacional; percepção geral da segurança do paciente e qualidade; apoio dos gestores na segurança do paciente; seguimento da assistência ao paciente; questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade; treinamento da equipe; e trabalho em equipe e pressão no trabalho e ritmo. (TIMM; RODRIGUES, 2016).

Sua organização é em seções: Seção A: Listas de questões sobre segurança do paciente e qualidade; Seção B: Troca de informações com outras instituições; Seção C: Trabalhando neste serviço de saúde; Seção D: Comunicação e acompanhamento; Seção E: Apoio de gestores/administradores/líderes; Seção F: Seu

serviço de saúde; Seção G: Avaliação global; Seção H: Questões sobre a prática profissional; e Seção I: Seus comentários. (TIMM; RODRIGUES, 2016).

Para etapa de tradução e validação do conteúdo participaram seis especialistas, que foram selecionados pelos critérios: ser pesquisador com titulação de mestre ou doutor e conter produção científica na temática segurança do paciente ou experiência metodológica com adaptação de instrumentos. Como limitação a pesquisadora relata que para atingir um nível satisfatório com somente seis especialistas, na produção dos cálculos do Índice de Validade de Conteúdo, seria necessário que cinco dos especialistas avaliassem o tem com pontuação mínima de 3 (claro) ou 4 (bastante claro). Outro fator foi que na seção B, os subitens foram mantidos em uma única questão, pois os especialistas sugeriram que as respostas deveriam ser desmembradas. (TIMM; RODRIGUES, 2016).

#### 4.7 ETAPA EXPLICATIVA

Nesta etapa, os dados provenientes do preenchimento do MOSPSC foram tabulados em planilha do *Excel*®, com dupla digitação, e analisados por estatística descritiva com a consultoria de um estatístico.

O QUADRO 3 ilustra as todas as ações realizadas nesta etapa:

QUADRO 3 - ETAPAS DA PESQUISA

ETAPAS DA PESQUISA
1) Análise completa das questões do MOSPSC + discussão no grupo de pesquisa;
2) Criação de uma matriz para análise dos itens do instrumento;
3) Adaptação da cadeia causal com as questões do instrumento;
4) Elaboração do percentual de respostas positivas e negativas;
5) Criação de outra matriz com os resultados obtidos em cada unidade (UBS e ESF);
6) Elaboração da cadeia causal na APS.

FONTE: A autora (2018).

O instrumento que propõe a gradação da compreensão dos dados foi feito pela escala *Likert* (QUADRO 4).

QUADRO 4 - DENOMINAÇÕES DA ESCALA DE *LIKERT*

SEÇÃO	ESCALA DE <i>LIKERT</i>
Seção A	1-Diariamente; 2- Pelo menos uma vez na semana; 3- Pelo menos uma vez por mês; 4- Várias vezes nos últimos 12 meses; 5- Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses; 6- Não aconteceu nos últimos 12 meses; e 9- Não se aplica ou não sei.
Seção B	1-Problemas diariamente; 2- Problema pelo menos uma vez por semana; 3- Problema pelo menos uma vez ao mês; 4- Vários problemas nos últimos 12 meses; 5- Um ou dois problemas nos últimos 12 meses; 6- Nenhum problema nos últimos 12 meses; e 9- Não se aplica ou não sei.
Seção C, E, F	1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo e nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente; e 9- Não se aplica ou não sei.
Seção D	1-Nunca; 2-Raramente; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre; e 9- Não se aplica ou não sei.
Seção G	1-Ruim; 2- Razoável; 3- Bom; 4- Muito bom; 5- Excelente.

FONTE: TIMM (2015).

O QUADRO 5 mostra como procedeu-se à análise estatística em cada seção. Nota-se que as seções C, D, E, F em algumas questões apresentou uma análise diferenciada em relação às outras, devido à formulação da pergunta do instrumento, sendo necessário, a inversão da pontuação, para continuar a lógica sequencial de ponto positivo, neutro e negativo.

QUADRO 5 - ANÁLISE DOS DADOS

(continua)

ANÁLISE DOS DADOS	
SEÇÕES DO INSTRUMENTO	O QUE FOI REALIZADO
SEÇÕES DO INSTRUMENTO	Consideraram-se os itens “Não se aplica ou não sei” e as questões “anuladas” (respostas com duas marcações ou sem resposta).
SEÇÃO A, B, C, D, E, F, G, H	Frequência absoluta e relativa para cada variável.

## QUADRO 5 - ANÁLISE DOS DADOS

(conclusão)

ANÁLISE DOS DADOS	
SEÇÕES DO INSTRUMENTO	O QUE FOI REALIZADO
SEÇÃO C, D, E, F	Foi realizada a inversão de pontuação nas questões. (c3), (c6), (c8), (c10), (c12), (c14), (d4), (d7), (d10), (e1), (e2), (e4), (f3), (f4) e (f6). A maioria das questões a resposta “concordo totalmente” significa algo positivo, mas para as perguntas (c3), (c6), (c8), (c10), (c12), (c14), (e1), (e2), (e4), (f3), (f4) e (f6) as respostas “concordo” ou “concordo totalmente” significa algo negativo para o serviço de saúde. Por exemplo, a resposta “Concordo totalmente” para a questão (c3) “Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente”, indica que os profissionais atendem os pacientes de uma forma apressada, podendo então, não oferecer o devido cuidado de saúde com segurança. Já para a (c4) “Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados”, a resposta “Concordo totalmente” expressa que toda vez que um novo processo é implantando na organização de saúde é promovido a capacitação aos funcionários, sendo então, algo positivo. Dessa forma, não é possível comparar as questões (c3) e (c4) diretamente, a menos que inverta a pontuação da questão (c3). Contudo, para as questões do restante do questionário (a partir desta sessão) foi necessário inverter a pontuação e adicionar o sufixo “inv” (invertido) para melhor orientação no texto. E assim, foi realizada a análise nas seções que apresentaram as questões invertidas. No caso da seção D, realizou-se a mesma análise, porém a denominação da escala de <i>likert</i> é diferente, conforme ilustra o quadro 3
SEÇÃO I	Nuvem de palavras; Gráfico de frequência de palavras; Análise detalhada do sentido das palavras: realizada em conjunto com o comentário dos entrevistados.
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA	Com objetivo de comparar as variáveis em cada seção, desconsideraram-se as respostas “Não se aplica ou Não sei” e “anuladas”, utilizando apenas as “respostas válidas”, para comparar as respostas com conotação “positiva” versus as respostas com conotação “negativa” por meio de gráfico de barras próprio para a escala. Para as escalas de seis pontos (pares - caso da seção A), separaram-se as três “melhores” opções, das três “piores”. Já nas escalas de seção com cinco pontos (ímpares - caso da seção C), a categoria do meio “Não concordo nem discordo” foi considerada como categoria “neutra”. Diante deste contexto, entende-se que as representações gráficas são preferidas por conta da sua rápida interpretação e comparação com as demais categorias.

FONTE: A autora (2018).

Considerando esta análise estatística e a descrição dos resultados, optou-se por uma avaliação completa das questões que compõem o instrumento. Como citado anteriormente, o modelo proposto por Brown et al. (2008) se baseia em Avedis Donabedian (estrutura, processo e resultado), Reason (erros latentes e ativos) e na TDO. Essa avaliação ocorreu em setembro de 2018 com o auxílio do grupo de pesquisa

GPPGPS, por meio da discussão do tema. Neste contexto, criou-se uma matriz, em que as perguntas dos questionários foram inseridas em cada elemento que compõe a cadeia causal e as definições de processo clínico e de gestão nas respectivas seções.

Os itens do instrumento foram analisados em relação aos conceitos que compõem a cadeia causal. O QUADRO 6, mostra a matriz.

QUADRO 6 - MATRIZ DO INSTRUMENTO MOSPCS COM BASE NA PROPOSTA DE BROWN ET AL., 2008

(continua)

SEÇÃO A (Segurança e qualidade)			
ESTRUTURA	PROCESSOS DE GESTÃO	PROCESSOS CLÍNICOS	RESULTADO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prontuário/registro (3);</li> <li>- Equipamento;</li> <li>- Diagnóstico &amp; testes (8).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acesso ao cuidado;</li> <li>- Identificação do paciente;</li> <li>- Prontuário/registro (4);</li> <li>- Medicamento;</li> <li>- Diagnóstico &amp; testes (9 e 10).</li> </ul>	
SEÇÃO B (Troca de informação)			
ESTRUTURA	PROCESSOS DE GESTÃO	PROCESSOS CLÍNICOS	RESULTADO
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas relacionados com a troca de informação completa, precisa e pontual com: centros de imagem, outros serviços de saúde/médicos da rede, farmácias, hospitais e/ou outros.</li> </ul>	
SEÇÃO C (Trabalhando neste serviço)			
ESTRUTURA	PROCESSOS DE GESTÃO	PROCESSOS CLÍNICOS	RESULTADO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- n° de pacientes x n° de médicos;</li> <li>- Procedimento para verificar se o trabalho foi realizado corretamente;</li> <li>- n° suficiente de profissionais por equipes;</li> <li>- n° maior de pacientes x capacidade de atendimento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os colegas ajudam;</li> <li>- Boa relação entre médico e equipe;</li> <li>- Pressa;</li> <li>- Treinamento;</li> <li>- Respeito;</li> <li>- Garantia de atualização;</li> <li>- Desorganização;</li> <li>- Realizar tarefas para a qual não são treinados;</li> <li>- Fluxo de trabalho;</li> <li>- Valorização do trabalho em equipe;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- POP;</li> </ul>	
SEÇÃO D (Comunicação e acompanhamento)			

QUADRO 6 - MATRIZ DO INSTRUMENTO MOSPCS COM BASE NA PROPOSTA DE BROWN ET AL., 2008

(continuação)

ESTRUTURA	PROCESSOS DE GESTÃO	PROCESSOS CLÍNICOS	RESULTADO
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos são abertos para as ideias das equipes;</li> <li>- A equipe é incentivada a expressar seu ponto de vista;</li> <li>- Avisam os pacientes quando precisam marcar consultas;</li> <li>- Receio de fazer perguntas quando algo parece estar errado;</li> <li>- Registro de tratamento;</li> <li>- Acompanhamento e monitoramento dos pacientes (5 e 9);</li> <li>- Os erros podem ser usados contra si;</li> <li>- Discutem abertamente sobre os problemas;</li> <li>- Expressar opiniões;</li> <li>- Discussão para evitar os erros;</li> <li>- Disposição dos funcionários em relatar os erros.</li> </ul>	
SEÇÃO E (Gestores/administradores/líderes)			
ESTRUTURA	PROCESSOS DE GESTÃO	PROCESSOS CLÍNICOS	RESULTADO
- Recursos;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ignorar erros que se repetem*;</li> <li>- Prioridade aos processos de atendimento;</li> <li>- Decisão para o que é melhor para serviço e não para o paciente.</li> </ul>		
SEÇÃO F (Serviço de saúde)			
ESTRUTURA	PROCESSOS DE GESTÃO	PROCESSOS CLÍNICOS	RESULTADO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação dos problemas para mudança;</li> <li>- Serviço eficiente para modificar processo de trabalho;</li> <li>- Quantidade x qualidade;</li> <li>- Após a mudança, avalia se funcionou.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processos de trabalho adequados para prevenir erros;</li> <li>- Erros com frequência;</li> <li>- Apenas por acaso que não ocorrem mais erros;</li> </ul>	

QUADRO 6 - MATRIZ DO INSTRUMENTO MOSPCS COM BASE NA PROPOSTA DE BROWN ET AL., 2008

(conclusão)

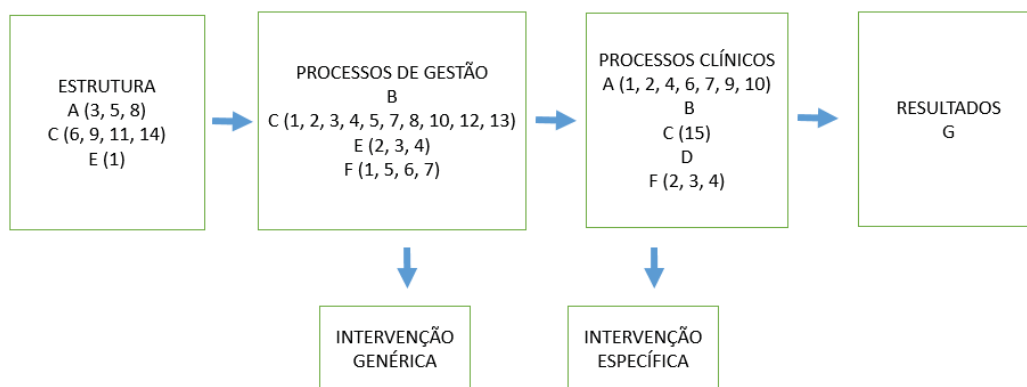
SEÇÃO G (Avaliação global da qualidade) – Parte 1		
ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO
		- Centrado no paciente; - Efetivo; - Pontual; - Eficiente; - Imparcial;
SEÇÃO G (Avaliação geral em segurança do paciente) – Parte 2		
ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO
		- Ruim; - Razoável; - Bom; - Muito bom; - Excelente.

FONTE: A autora (2018).

LEGENDA: os itens que possuem números entre parênteses estão relacionados as questões do instrumento. Durante a construção dessa matriz, observou-se que algumas perguntas pode apresentar definições diferenciadas.

Após essa análise, foi adaptado o modelo de cadeia causal por meio das questões do instrumento, correlacionando com a tríade donabedian. Com base nessa construção, pode ser feita a análise dos resultados, que estão expostos no item 5.2 desta pesquisa.

FIGURA 2- MODELO ADAPTADO DA MATRIZ NA CADEIA CAUSAL



FONTE: A autora (2018).

LEGENDA: As seções referem-se aos itens que compõem o MOSPCS. As seções H e I não foram incluídas na figura, pois se referem ao perfil profissional e à questão aberta para comentários, respectivamente.

Assim feita, para a análise da cultura de segurança, solicitou-se o auxílio do estatístico para elaborar o percentual de respostas discordantes de cada seção (GRÁFICO 8). Em seguida, foi criada outra matriz, que foi estruturada com base nos resultados obtidos em cada unidade (QUADRO 8 e 9). Para finalizar este tópico, formou-se o modelo adaptado da cadeia causal com os resultados (FIGURA 4), uma vez que as propostas de melhorias serão baseadas nos aspectos negativos encontrados nos resultados. Todos esses itens estão apresentados na seção 6 desta pesquisa. Ressalta-se que para a elaboração das estratégias, foi criado um instrumento de validação de conteúdo (APÊNDICE 2).

#### 4.8 ETAPA PRESCRITIVA

Esta etapa tem a finalidade apresentar de maneira teórica as estratégias de promoção do processo de mudança e isso poderá tornar a APS mais eficaz na segurança dos seus usuários.

Tendo como fundamento a discussão da análise da cadeia causal à luz da teoria do desenvolvimento organizacional, foram elencadas estratégias genéricas e específicas (BROWN et al., 2008). Para tanto, a elaboração das estratégias ocorreu mediante consulta à literatura. Foi feita uma busca livre sobre a temática segurança do paciente e estratégias de melhorias para a segurança, tendo sido encontrados artigos, protocolos, dissertações, teses, cartilhas, manuais, políticas públicas e política de educação permanente.

Após a construção das estratégias pela autora, optou-se pela validação de conteúdo. Com isso, a pesquisadora construiu um instrumento para a validação, que foi submetido à análise de enfermeiros, os quais foram selecionados pelos critérios descritos no item 4.3 (APÊNDICE 2). O instrumento foi avaliado por meio de escala *Likert*, composta das seguintes pontuações: 1 para discordo totalmente; 2 para discordo; 3 para nem concordo e nem discordo; 4 para concordo; e 5 para concordo totalmente. Ao final de cada item, havia um espaço para sugestões e observações.

O instrumento elaborado pela pesquisadora foi constituído por 14 questões e dividido em três seções, que são: objetivos - propósitos, metas e finalidades (seis questões); estrutura – organização, coerência e suficiência (cinco questões); e relevância – significância, impacto, motivação e interesse (três questões) das estratégias elencadas. No final de cada item, constava um espaço para sugestões e



observações. Os enfermeiros foram orientados a analisar as questões do instrumento individualmente. Participaram desse encontro oito enfermeiros no mês de novembro de 2018.

Para a validação de conteúdo, solicitou-se o auxílio de consultoria estatística, que optou em fazer a análise em três etapas, que são: a proporção de respostas que atestam a qualidade das estratégias, a frequência absoluta e relativa dos avaliadores e a concordância entre os avaliadores.

Como forma de avaliar a qualidade do instrumento proposto, foi utilizado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) analisados a frequência absoluta e relativa da avaliação e o Porcentagem de Concordância.

O QUADRO 7 mostra como procedeu-se a elaboração das estratégias e validação do conteúdo.

QUADRO 7 – CRIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

CRIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS	
Elaboração das estratégias (por problema)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrutura, processo de gestão e processo clínico identificados na cadeia causal foram analisados à luz da teoria do desenvolvimento organizacional;</li> <li>- Foram apresentados em quadros por problemas relacionadas a cada item da tríade donabediana;</li> </ul>
Validação do conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação para o grupo de validação.</li> <li>- Discussão dos problemas e estratégias;</li> <li>- Sugestões de melhorias;</li> <li>- <i>Layout</i> de apresentação de estratégias genéricas x específicas.</li> </ul>

FONTE: a autora (2018).

## 5 RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados em três etapas: 5.1 Descritiva: 5.1.1 Identificação da amostra; 5.1.2 Seções do instrumento; 5.2 Explicativa: Cadeia Causal proposta por Brown et al. (2008); 5.3 Prescritiva: Planejamento das ações estratégicas do desenvolvimento organizacional.

### 5.1 ETAPA DESCRITIVA

Nesta etapa, apresenta-se a descrição dos resultados obtidos com a aplicação do instrumento MOSPSC. O tópico foi dividido em duas categorias - identificação da amostra e seções do instrumento. No item das descrições dos resultados de cada seção, optou-se por apresentar individualmente em cada unidade (UBS e unidades com ESF).

#### 5.1.1 Identificação da amostra

A TABELA 1 ilustra a descritiva para a variável idade. Evidenciou-se que, em ambas os tipos de unidades, a classe de idade entre 30 a 40 anos foi a mais frequente: 45% (n=9) para as unidades com ESF e 47,8% (n=11) para as UBS. Em seguida, foi a classe de 40 a 50 anos: 25% (n=5) para unidades com ESF e 39,1% (n=11) para as UBS. Nota-se que a UBS foi a única a apresentar faixa etária de 20 a 30 anos de idade com apenas um profissional.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS FAIXAS ETÁRIAS DOS PROFISSIONAIS NAS UNIDADES

IDADE	UNIDADE		TOTAL
	ESF	UBS	
20 a 30 anos	0 (0%)	1 (4,4%)	1 (2,3%)
30 a 40 anos	9 (45%)	11 (47,8%)	20 (46,5%)
40 a 50 anos	5 (25%)	9 (39,1%)	14 (32,6%)
Mais de 50 anos	6 (30%)	2 (8,7%)	8 (18,6%)
Total	20 (100%)	23 (100%)	43 (100%)

FONTE: A autora (2018).

A TABELA 2 mostra a variável tempo de formação profissional. Para as unidades com ESF 100% (n=20) dos enfermeiros possuem mais que 10 anos de formação, já para as UBS esse índice foi de 87% (n=20).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DO TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

TEMPO DE FORMAÇÃO	UNIDADE		TOTAL
	ESF	UBS	
5 a 10 anos	0 (0%)	3 (13%)	3 (7%)
Mais de 10 anos	20 (100%)	20 (87%)	40 (93%)
Total	20 (100%)	23 (100%)	43 (100%)

FONTE: A autora (2018).

Observa-se que na TABELA 3 os participantes relataram ter feito cursos de pós-graduação. Pode-se analisar que tanto nas unidades com ESF como na UBS, o número de enfermeiros com pós-graduação foi similar, sendo que 90,7% (n=39) possuem pelo menos uma pós-graduação e 9,3% (n=4) não realizou nenhum curso.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO REALIZADOS PELOS PARTICIPANTES

PÓS-GRADUAÇÃO	UNIDADE		TOTAL
	ESF	UBS	
1	3 (15%)	5 (21,7%)	8 (18,6%)
2	6 (30%)	10 (43,5%)	16 (37,2%)
3 ou mais	8 (40%)	7 (30,4%)	15 (34,9%)
Não	3 (15%)	1 (4,4%)	4 (9,3%)
Total	20 (100%)	23 (100%)	43 (100%)

FONTE: A autora (2018).

A TABELA 4 esclarece a variável de outro vínculo profissional. Identificou-se que nenhum participante das unidades com ESF tem outro trabalho, mas entre os participantes da UBS, 13% (n=3) relataram ter outro vínculo.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE OUTRO VÍNCULO PROFISSIONAL

OUTRO PROFISSIONAL	VÍNCULO	UNIDADE		TOTAL
		ESF	UBS	
Não		20 (100%)	20 (87%)	40 (93%)
Sim		0 (0%)	3 (13%)	3 (7%)
Total Coluna (100%)		20 (100%)	23 (100%)	43 (100%)

FONTE: A autora (2018).

Na TABELA 5 é apresentada o tempo de permanência do participante na APS. Nota-se que 40% (n=8) dos enfermeiros das unidades ESF apresentaram permanência na APS de 6 anos a menos de 11 anos. Já 30,4% (n=7) dos que trabalham nas UBS estão na APS de 3 anos a menos de 6 anos.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DO TEMPO DE TRABALHO NA APS

H1	UNIDADE		TOTAL
	ESF	UBS	
Menos que 2 meses	0 (0%)	4 (17,4%)	4 (9,3%)
2 meses a 1 ano	1 (5%)	3 (13,1%)	4 (9,3%)
1 ano a menos de 3 anos	1 (5%)	2 (8,7%)	3 (7%)
3 anos a menos de 6 anos	4 (20%)	7 (30,4%)	11 (25,6%)
6 anos a menos de 11 anos	8 (40%)	5 (21,7%)	13 (30,2%)
11 anos ou mais	6 (30%)	2 (8,7%)	8 (18,6%)
Total	20 (100%)	23 (100%)	43 (100%)

FONTE: A autora (2018).

Já a TABELA 6 descreve a carga horária dos participantes nos locais de estudo, mostrando que 85% (n=17) dos profissionais das unidades com ESF trabalham de 33 a 40 horas semanais. Já os participantes da UBS, 39,1% (n=9), trabalham de 25 a 32 horas e outros 39,1% (n=9) trabalham 33 a 40 horas semanais.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DA CARGA HORÁRIA SEMANAL

H2	UNIDADE		TOTAL
	ESF	UBS	
5 a 16 horas por semana	1 (5%)	1 (4,4%)	2 (4,7%)
17 a 24 horas por semana	0 (0%)	1 (4,4%)	1 (2,3%)
25 a 32 horas por semana	0 (0%)	9 (39,1%)	9 (20,9%)
33 a 40 horas por semana	17 (85%)	9 (39,1%)	26 (60,5%)
41 horas por semana ou mais	2 (10%)	3 (13%)	5 (11,6%)
Total	20 (100%)	23 (100%)	43 (100%)

FONTE: A autora (2018).

Para finalizar este tópico, a TABELA 7 mostra a caracterização dos participantes. Nesta pesquisa, observa-se que a maioria dos enfermeiros é assistencial. Então, conclui-se que, em ambos os serviços, foi observada uma minoria de enfermeiros gerentes (autoridade sanitária local).

TABELA 7- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

H3A	UNIDADE		TOTAL
	ESF	UBS	
Enfermeiro	16 (80%)	16 (69,6%)	32 (74,4%)
Gerência	4 (20%)	7 (30,4%)	11 (25,6%)
Total	20 (100%)	23 (100%)	43 (100%)

FONTE: A autora (2018).

### 5.1.2 Seções do instrumento

Neste item será apresentada uma tabela para cada uma das unidades (ESF e UBS).

#### 5.1.2.1 Seção A

A seção é apresentada a descrição dos acontecimentos que poderiam interferir na segurança do usuário e na qualidade do cuidado nos locais de estudo. A questão norteadora deste item foi: “Com que frequência os fatos listados ocorreram em seu local de trabalho **nos últimos 12 meses?**”.

A TABELA 8 apresenta as respostas dos participantes das unidades com ESF. Nota-se que foi necessária a anulação da resposta de um participante na questão (a2). As perguntas (a7), (a8) e (a10) apresentaram alto índice de resposta “Não sei ou não se aplica”.

No item “Acesso ao cuidado”, a questão (a1) “Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo” apresentou a melhor avaliação, com 45% (n=9) de respostas “Não aconteceu nos últimos 12 meses” e 5% (n=1) de resposta “Diariamente”.

Já na “identificação do paciente”, notou-se, pela pergunta (a2) “No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente”, que 55% (n=11) dos participantes marcaram “Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses” e 25% (n=5) marcaram “Não aconteceu nos últimos 12 meses”. Nesta lógica, no item “Prontuário/registro”, a questão (a4) “Informações clínicas de um paciente foram arquivadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente”, 65% (n=13) dos enfermeiros relataram que ocorreu “Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses”.

Observou-se que no item “Diagnóstico & Testes”, a questão (a10) “Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil” proporcionou 40% (n=8) de respostas “Não aconteceu nos últimos 12 meses” e 25% (n=5), “Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses.”

TABELA 8 – RESULTADO DAS QUESTÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE (ESF)

(continua)

Variáveis	Diariamente	Pelo menos 1x na sem	Pelo menos 1x ao mês	Várias vezes nos últ. 12m	1ou 2x nos últ. 12m	Não aconteceu nos últ. 12m	Não sei ou não se aplica	Anulada	Total
<b>Acesso ao cuidado</b> (a1) Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo.	1 (5%)	4 (20%)	2 (10%)	0 (0%)	2 (10%)	9 (45%)	2 (10%)	0 (0%)	20 (100%)

TABELA 8 – RESULTADO DAS QUESTÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE (ESF)

(continuação)

Variáveis	Diariamente	Pelo menos 1x na sem	Pelo menos 1x ao mês	Várias vezes nos últ. 12m	1 ou 2x nos últ. 12m	Não aconteceu nos últ. 12m	Não sei ou não se aplica	Anulada	Total
<b>Identificação do paciente</b> (a2) No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente.	1 (5%)	0 (0%)	2 (10%)	0 (0%)	11 (55%)	5 (25%)	0 (0%)	1 (5%)	20 (100%)
<b>Prontuários/registros</b> (a3) O prontuário/registro de um paciente não está disponível quando necessário.	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	6 (30%)	5 (25%)	6 (30%)	2 (10%)	0 (0%)	20 (100%)
(a4) Informações clínicas de um paciente foram arquivadas digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente.	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	13 (65%)	3 (15%)	2 (10%)	0 (0%)	20 (100%)
<b>Equipamentos</b> (a5) Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	0 (0%)	0 (0%)	4 (20%)	4 (20%)	11 (55%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	20 (100%)
<b>Medicamentos</b> (a6) O paciente retorno à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	2 (10%)	12 (60%)	3 (15%)	1 (5%)	0 (0%)	20 (100%)
(a7) Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante uma consulta.	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	0 (0%)	8 (40%)	3 (15%)	7 (35%)	0 (0%)	20 (100%)
<b>Diagnósticos &amp; testes</b> (a8) Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.	1 (5%)	2 (10%)	0 (0%)	7 (35%)	2 (10%)	3 (15%)	5 (25%)	0 (0%)	20 (100%)
(a9) Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.	1 (5%)	1 (5%)	0 (0%)	5 (25%)	9 (45%)	3 (15%)	1 (5%)	0 (0%)	20 (100%)

TABELA 8 – RESULTADO DAS QUESTÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE (ESF)

(conclusão)

Variáveis	Diariamente	Pelo menos 1x na sem	Pelo menos 1x ao mês	Várias vezes nos últ. 12m	1 ou 2x nos últ. 12m	Não aconteceu nos últ. 12m	Não sei ou não se aplica	Anulada	Total
<b>Diagnósticos &amp; testes</b>									
(a8) Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.	1 (5%)	2 (10%)	0 (0%)	7 (35%)	2 (10%)	3 (15%)	5 (25%)	0 (0%)	20 (100%)
(a9) Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.	1 (5%)	1 (5%)	0 (0%)	5 (25%)	9 (45%)	3 (15%)	1 (5%)	0 (0%)	20 (100%)
(a10) Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	5 (25%)	8 (40%)	5 (25%)	0 (0%)	20 (100%)

FONTE: A autora (2018).

A TABELA 9 mostra a análise das UBS, identificou-se que apenas a pergunta (a8), “Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário”, apresentou questões anuladas, pois apresentaram duas respostas marcadas na mesma questão. Já as questões que proporcionaram melhor desempenho, aquelas com grande frequência para “Não aconteceu nos últimos 12 meses” são as (a3), “O prontuário/registro de um paciente não está disponível quando necessário” e (a4), “Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente”, com 34,8% (n=8) para ambas as perguntas e 30,4% (n=7) para (a2), “No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente”. Por outro lado, os problemas mais comuns, aqueles constatados “diariamente”, se referiam às perguntas (a2) com 17,4% (n=4) e (a9) com 13,1% (n=3).



TABELA 9 - RESULTADO DAS QUESTÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE (UBS)

(continua)

Variáveis	Diariamente	Pelo menos 1x na sem	Pelo menos 1x ao mês	Várias vezes nos últ. 12m	1 ou 2x nos últ. 12m	Não aconteceu nos últ. 12m	Não sei ou não se aplica	Anulada	Total (100%)
<b>Acesso ao cuidado</b>									
(a1) Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo.		0 (0%)	5 (21,7%)	5 (21,7%)	1 (4,4%)	8 (34,8%)	3 (13%)	1 (4,4%)	23 (100%)
<b>Identificação do paciente</b>									
(a2) No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente.		4 (17,4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,4%)	9 (39,1%)	7 (30,4%)	2 (8,7%)	23; (100%)
<b>Prontuários/registros</b>									
(a3) O prontuário/registro de um paciente não está disponível quando necessário.		1 (4,3%)	0 (0%)	1 (4,4%)	3 (13%)	6 (26,1%)	8 (34,8%)	4 (17,4%)	23; (100%)
(a4) Informações clínicas de um paciente foram arquivadas digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente.		1 (4,4%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (8,7%)	9 (39,1%)	8 (34,8%)	3 (13%)	23; (100%)
<b>Equipamentos</b>									
(a5) Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.		1 (4,4%)	3 (13%)	4 (17,4%)	5; (21,7%)	6 (26,1%)	2 (8,7%)	2 (8,7%)	23 (100%)
<b>Medicamentos</b>									
(a6) O paciente retorno à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.		0 (0%)	3 (13%)	8; (34,8%)	3 (13%)	6 (26,1%)	2 (8,7%)	1 (4,4%)	23 (100%)
(a7) Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante uma consulta.		1 (4,4%)	2 (8,7%)	1 (4,4%)	3 (13%)	5 (21,7%)	6 (26,1%)	5 (21,7%)	23 (100%)
<b>Diagnósticos &amp; testes</b>									
(a8) Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.		1 (4,4%)	2 (8,7%)	3 (13%)	3 (13%)	5 (21,7%)	1 (4,4%)	5 (21,7%)	23 (100%)

TABELA 9 - RESULTADO DAS QUESTÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE (UBS)

(conclusão)

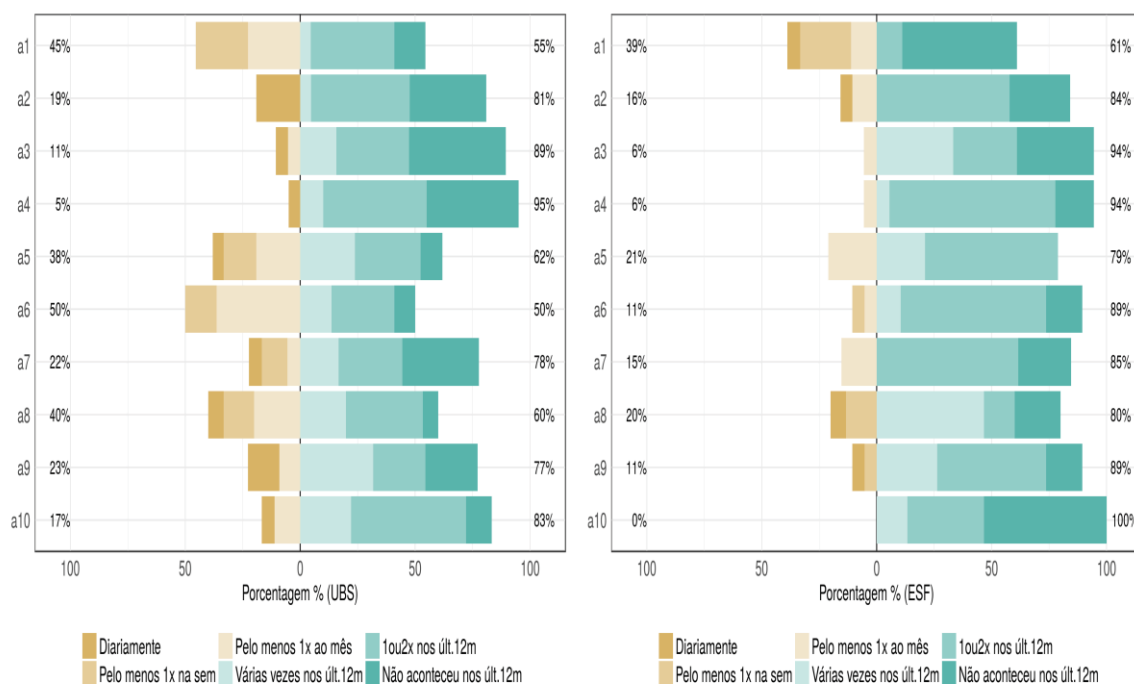
Variáveis	Diariamente	Pelo menos 1x na sem	Pelo menos 1x ao mês	Várias vezes nos últ. 12m	1 ou 2x nos últ. 12m	Não aconteceu nos últ. 12m	Não sei ou não se aplica	Anulada	Total (100%)
<b>Diagnósticos &amp; testes</b>									
(a9) Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.	3 (13,1%)	0 (0%)	2 (8,7%)	7; (30,4%)	5 (21,7%)	5 (21,7%)	1 (4,4%)	0 (0%)	23 (100%)
(a10) Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.	1 (4,4%)	0 (0%)	2 (8,7%)	4; (17,4)	9 (39,1%)	2 (8,7%)	5 (21,7%)	0 (0%)	23 (100%)

FONTE: A autora (2018).

Como pode ser analisado no GRÁFICO 1 a questão com avaliação negativa foi a (a6), “O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição”, em que 50% das respostas válidas foram de conotação negativa para a UBS. Para as unidades com ESF, a questão avaliada foi a (a1), “Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo”, com 39% de negação.

Já a com melhor avaliação para as UBS foi a (a4), “Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente”, apresentando 95% de respostas com conotação positivas; e para as unidades com ESF foi a (a10), “Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil”, com 100% de respostas positivas.

GRÁFICO 1 - PERCENTUAL DAS RESPOSTAS DA SEÇÃO A PARA UBS E ESF



FONTE: A autora (2018).

### 5.1.2.2 Seção B

Nesta seção, são ilustrados nas TABELAS 10 e 11 os problemas relacionados com a troca de informação com outras instituições de saúde.

A TABELA 10 aponta os problemas relacionados com as unidades ESF. As questões que indicaram ocorrências de problemas com a troca de informações foram com as farmácias (b3) e os hospitais (b4), que apresentaram a resposta “Problemas Diariamente”. Os centros de imagem/laboratórios (b1) e outros serviços de saúde/médico (b2) ilustraram maior porcentagem em “Um ou dois problemas nos últimos 12 meses”.

Ressalta-se que dois participantes responderam à questão “outros” (b5) e especificaram como “lab” (laboratório), mas entende-se que esta resposta deveria contar para os “Centros de imagens/laboratório da rede de atenção à saúde” (b1), uma vez que laboratório é citado na própria pergunta, e o que chamou atenção na tabulação de dados foi que ambos os entrevistados marcaram resposta na questão b1.

TABELA 10 - TROCA DE INFORMAÇÕES COM OUTRAS INSTITUIÇÕES (ESF)

Variáveis	Problemas Diariamente	Problemas Pelo menos 1x na sem	Problemas Pelo menos 1x ao mês	Vários problemas nos últ. 12m	1ou2 problemas nos últ. 12m	Nenhum problema nos últ. 12m	Não Sei ou não se aplica	Informação Faltante	Total (100%)
(b1) Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	5 (25%)	7 (35%)	4 (20%)	2 (10%)	0 (0%)	20 (100%)
(b2) Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde	0 (0%)	1 (5%)	2 (10%)	3 (15%)	9 (45%)	3 (15%)	2 (10%)	0 (0%)	20 (100%)
(b3) Farmácias	2 (10%)	0 (0%)	1 (5%)	5 (25%)	4 (20%)	2 (10%)	6 (30%)	0 (0%)	20 (100%)
(b4) Hospitais	2 (10%)	0 (0%)	1 (5%)	3 (15%)	3 (15%)	5 (25%)	6 (30%)	0 (0%)	20 (100%)
(b5) Outros? Por favor especifique:	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	0 (0%)	7 (35%)	11 (55%)	20 (100%)

FONTE: A autora (2018).

A TABELA 11 mostra os problemas ocasionados nas UBS. A questão com pior avaliação nesta seção está relacionada à troca de informação com os centros de imagem/laboratórios (b1) e hospitais (b4). Na (b1), podemos observar que 26,1% (n=6) dos enfermeiros relataram que ocorreram “Vários problemas nos últimos 12 meses” e na (b4), 13% (n=3) relataram que ocorrem “Problemas diariamente”. Analisou-se também que um participante respondeu o item (b5) especificando problemas com a Fundação de Ação Social (FAS) com “Problema pelo menos uma vez ao mês”.

Os itens que proporcionaram porcentagens positivas foram (b2) e (b3). Nota-se que os participantes relatam “Não sei ou não se aplica” em todas as questões e na questão (b5) 65,2% (n=15) não responderam este item, considerando, então, como “Informação faltante”.

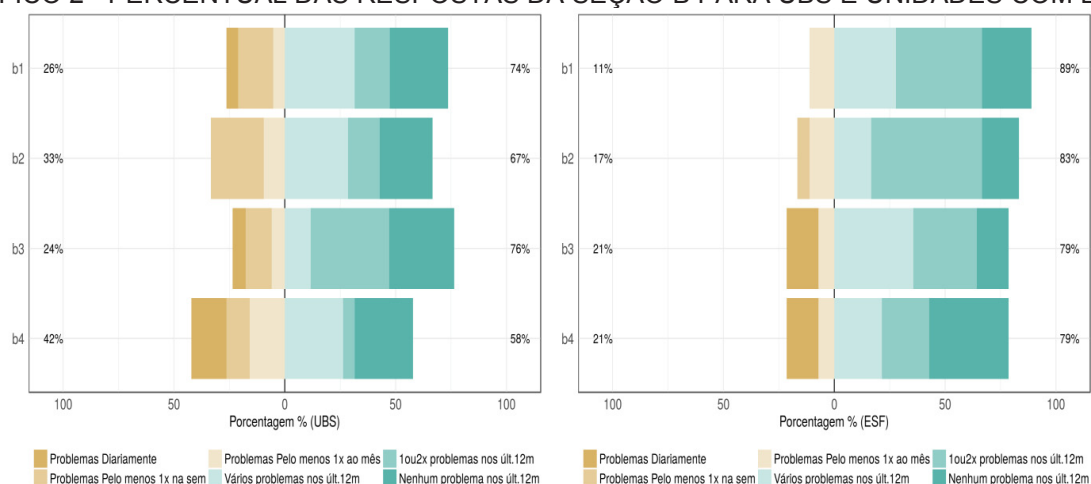
TABELA 11 - TROCA DE INFORMAÇÕES COM OUTRAS INSTITUIÇÕES (UBS)

Variáveis	Problemas diariamente	Problemas pelo menos 1x na sem	Problemas pelo menos 1x ao mês	Vários problemas nos últ. 12m	1ou2 problemas nos últ. 12m	Nenhum problema nos últ. 12m	Não Sei ou não se aplica	Informação Faltante	Total
(b1) Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção a saúde	1 (4,4%)	3 (13%)	1 (4,4%)	6 (26,1%)	3 (13%)	5 (21,7%)	4 (17,4%)	0 (0%)	23 (100%)
(b2) Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde	0 (0%)	5 (21,7%)	2 (8,7%)	6 (26,1%)	3 (13,1%)	5 (21,7%)	2 (8,7%)	0 (0%)	23 (100%)
(b3) Farmácias	1 (4,3%)	2 (8,7%)	1 (4,4%)	2 (8,7%)	6 (26,1%)	5 (21,7%)	6 (26,1%)	0 (0%)	23 (100%)
(b4) Hospitais	3 (13%)	2 (8,7%)	3 (13,1%)	5 (21,7%)	1 (4,4%)	5 (21,7%)	4 (17,4%)	0 (0%)	23 (100%)
(b5) Outros? Por favor especifique:	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,4%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (13%)	4 (17,4%)	15 (65,2%)	23 (100%)

FONTE: A autora (2018).

No GRÁFICO 2 diferentemente das tabelas dessa seção, foram removidos os resultados do item (b5) por conta da baixa frequência de respostas e de não considerar uma instituição comum a todos os respondentes. Para as UBS, os problemas relacionados à troca de informações foram mais frequentes em termos dos hospitais (b4), igualmente para as unidades com ESF, que obteve um empate no item problemas com as farmácias.

GRÁFICO 2 - PERCENTUAL DAS RESPOSTAS DA SEÇÃO B PARA UBS E UNIDADES COM ESF



FONTE: A autora (2018).

### 5.1.3 Seção C

Nesta seção, as perguntas estão direcionadas ao processo de trabalho. A TABELA 12 mostra que, para as unidades com ESF, houve um pequeno número de questões marcadas como “Não sei ou não se aplica” ou “Anulada”. Durante a análise, observou-se que nestas unidades os profissionais se tratam com respeito, como foi evidenciado na questão (c5), “Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito”, em que 50% (n=10) dos participantes responderam “Concordo”, e 20% (n=4) responderam “Concordo totalmente”, totalizando 70% (n=14) de respostas positivas.

Com relação à organização do serviço, a questão (c8.inv), “Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável”, também apresentou aspecto positivo, pois 65% (n=13) dos participantes responderam “Concordo” e 10% (n=2) marcaram “Concordo totalmente”, totalizando 75% (n=15) de satisfação com a organização de trabalho, ou seja, o serviço não é desorganizado.

A questão (c11), “Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes”, mostrou que a maioria das respostas foram negativas, pois 70% (n=14) discordaram desta pergunta.

TABELA 12 - TRABALHANDO NESTE SERVIÇO DE SAÚDE (ESF)

(continua)

Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei ou não se aplica	Anulada	Total
(c1) Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.	0 (0%)	2 (10%)	3 (15%)	8 (40%)	7 (35%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)
(c2) Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.	1 (5%)	2 (10%)	0 (0%)	8 (40%)	9 (45%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)
(c3.inv) Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	3 (15%)	7 (35%)	3 (15%)	6 (30%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)
(c4) Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	3 (15%)	5 (25%)	2 (10%)	6 (30%)	4 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)
(c5) Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	0 (0%)	1 (5%)	4 (20%)	10 (50%)	4 (20%)	0 (0%)	1 (5%)	20 (100%)

TABELA 12 - TRABALHANDO NESTE SERVIÇO DE SAÚDE (ESF)

(conclusão)

Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei ou não se aplica	Anulada	Total
(c6.inv) Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.	4 (20%)	7 (35%)	1 (5%)	8 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)
(c7) Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.	3 (15%)	3 (15%)	1 (5%)	11 (55%)	2 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)
(c8.inv) Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	0 (0%)	0 (0%)	5 (25%)	13 (65%)	2 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)
(c9) Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente	2 (10%)	2 (10%)	3 (15%)	10 (50%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	20 (100%)
(c10.inv) Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.	3 (15%)	6 (30%)	1 (5%)	9 (45%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	20 (100%)
(c11) Neste serviço a quantidade de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes.	4 (20%)	10 (50%)	0 (0%)	6 (30%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)
(c12.inv) Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho.	1 (5%)	10 (50%)	2 (10%)	7 (35%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)
(c13) Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.	0 (0%)	2 (10%)	4 (20%)	10 (50%)	4 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)
(c14.inv) Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.	2 (10%)	7 (35%)	1 (5%)	9 (45%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)
(c15) A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades.	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	16 (80%)	3 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)

FONTE: A autora (2018).

A TABELA 13 apresenta o processo de trabalho nas UBS. Identificou-se que houve pequeno número de questões marcadas como “Não sei ou não se aplica” ou “Anulada”. Com relação à análise do instrumento, notou-se que os profissionais

ajudam uns aos outros quando alguém está muito ocupado, pois 69,6% (n=16) concordam com a questão (c1), “Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam”. Este fator é positivo para a segurança do usuário nas organizações de saúde.

Outro fator relevante nesta seção foi que 39,1% (n=9) dos participantes ficaram em uma posição neutra na questão (c3.inv), “Neste serviço, frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente”, mas 43,5% (n=10) se sentem apressados ao atender o usuário. Já na (c8.inv), “Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável”, 60,9% (n=14) consideram que o serviço é organizado, sendo identificado também nas unidades ESF. Considera-se esta ação de grande relevância, pois a desorganização pode gerar impacto negativo para a segurança.

Quando se trata de valorização de trabalho em equipe, a Tabela mostra que os profissionais se sentem valorizados, pois, na pergunta (c13), “Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado ao paciente”, 82,6% (n=19) dos profissionais concordam com este questionamento.

TABELA 13 - TRABALHANDO NESTE SERVIÇO DE SAÚDE (UBS)

(continua)

Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei ou não se aplica	Anulada	Total
(c1) Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.	0 (0%)	1 (4,3%)	4 (17,4%)	16 (69,6%)	2 (8,7%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)
(c2) Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.	1 (4,4%)	3 (13%)	6 (26,1%)	10 (43,5%)	3 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)
(c3.inv) Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	4 (17,4%)	6; (26,1%)	9 (39,1%)	4 (17,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)
(c4) Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	1 (4,3%)	5 (21,7%)	6 (26,1%)	10 (43,5%)	1 (4,4%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)
(c5) Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	0 (0%)	4 (17,4%)	5 (21,7%)	13 (56,5%)	1 (4,4%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)



TABELA 13 – TRABALHANDO NESTE SERVIÇO DE SAÚDE (UBS)

(conclusão)

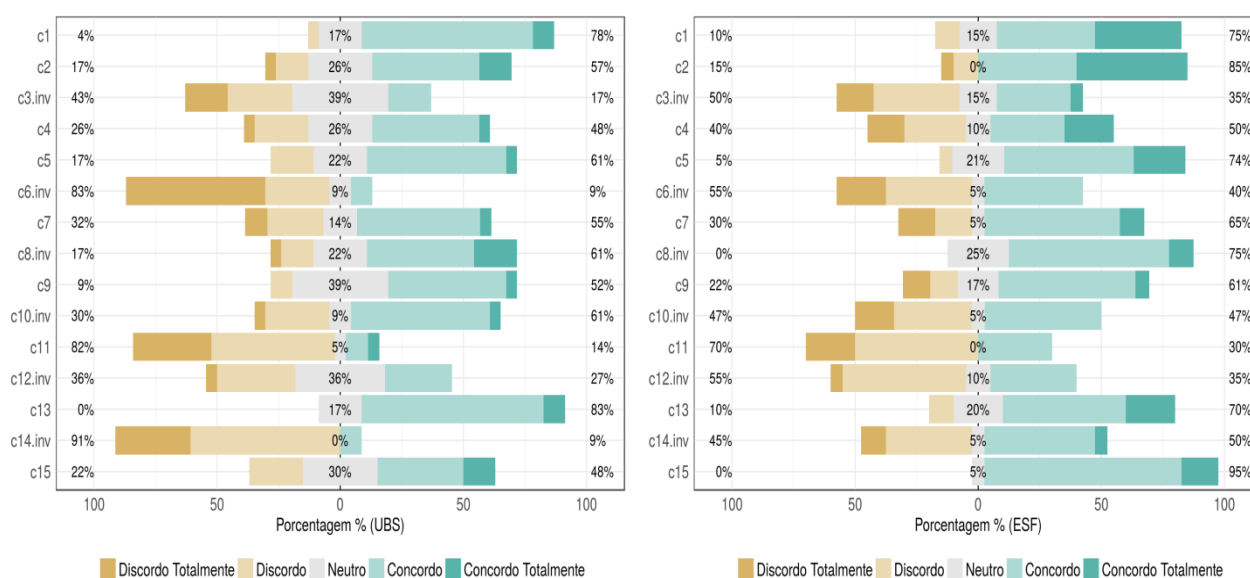
Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei ou não se aplica	Anulada	Total
(c6.inv) Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.	13 (56,5%)	6 (26,1%)	2 (8,7%)	2 (8,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)
(c7) Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.	2 (8,7%)	5 (21,7%)	3 (13%)	11 (47,8%)	1 (4,4%)	0 (0%)	1 (4,4%)	23 (100%)
(c8.inv) Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	1 (4,4%)	3 (13%)	5 (21,7%)	10 (43,5%)	4 (17,4%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)
(c9) Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente	0 (0%)	2 (8,7%)	9 (39,1%)	11 (47,8%)	1 (4,4%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)
(c10.inv) Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.	1 (4,3%)	6 (26,1%)	2 (8,7%)	13 (56,5%)	1 (4,4%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)
(c11) Neste serviço a quantidade de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes.	7 (30,4%)	11 (47,8%)	1 (4,3%)	2 (8,7%)	1 (4,4%)	0 (0%)	1 (4,4%)	23 (100%)
(c12.inv) Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho.	1 (4,3%)	7 (30,4%)	8 (34,8%)	6 (26,1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,4%)	23 (100%)
(c13) Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.	0 (0%)	0 (0%)	4 (17,4%)	17 (73,9%)	2 (8,7%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)
(c14.inv) Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.	7 (30,4%)	14 (60,9%)	0 (0%)	2 (8,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)
(c15) A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades.	0 (0%)	5 (21,7%)	7 (30,4%)	8 (34,8%)	3 (13,1%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)

FONTE: A autora (2018).

A GRÁFICO 3 mostra que os funcionários que trabalham nas UBS apresentaram conotações negativas para as questões (c6.inv), (c11) e (c14.inv), e positivas para as questões (c1), (c5) e (c13) principalmente.

Para os enfermeiros das unidades com ESF, a questão com pior avaliação foi a (c11), pois 70% dos participantes responderam negativamente a esta pergunta, sendo esse percentual menor do que o apresentado pelos profissionais das UBS, que foi 78,2%. Analisa-se no geral que apenas as questões (c1), (c10) e (c13) foram mais bem avaliadas pelos profissionais das UBS, as restantes foram mais bem avaliadas pelos profissionais das ESF.

GRÁFICO 3 - PERCENTUAL DAS RESPOSTAS DA SEÇÃO C PARA UBS E ESF



FONTE: A autora (2018).

#### 5.1.4 Seção D

A TABELA 14 mostra a comunicação e o acompanhamento nas unidades com ESF. Podemos analisar que houve um pequeno número de questões marcadas como “Não se aplica ou não sei” ou “Anulada”.

À questão (d1), “Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho”, 95% (n=19) dos enfermeiros responderam positivamente.

Observa-se que os itens que chamaram mais atenção foram os invertidos (d4.inv, d7.inv e d10.inv). A TABELA 14 mostra que 65% (n=13) dos participantes

responderam “quase sempre” ou “sempre” ao item (d4.inv), “Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto”, considerando, então, que os participantes não têm receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.

No item (d7.inv), “A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si”, é ilustrado que 45% (n=9) dos enfermeiros marcaram “nunca”, mas novamente com a inversão dos pontos, podemos dizer que a conotação desta questão é negativa (sempre), então, conclui-se que os profissionais acreditam que os erros podem ser usados contra si. Neste mesmo item, 15% (n=3) não souberam responder ou consideraram que o item não se aplica.

TABELA 14 - COMUNICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO (ESF)

(continua)

Variáveis	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não sei ou não se aplica	Total
(d1) Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	12 (60%)	7 (35%)	0 (0%)	20 (100%)
(d2) Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.	0 (0%)	2 (10%)	3 (15%)	5 (25%)	10 (50%)	0 (0%)	20 (100%)
(d3) Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.	0 (0%)	1 (5%)	3 (15%)	9 (45%)	7 (35%)	0 (0%)	20 (100%)
(d4.inv) Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.	0 (0%)	0 (0%)	6 (30%)	11 (55%)	2 (10%)	1 (5%)	20 (100%)
(d5) Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	7 (35%)	12 (60%)	0 (0%)	20 (100%)
(d6) Este serviço faz acompanhamento quando não recebem um relatório esperado de outro serviço.	0 (0%)	2 (10%)	3 (15%)	7 (35%)	7 (35%)	1 (5%)	20 (100%)
(d7.inv) A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.	9 (45%)	0 (0%)	5 (25%)	2 (10%)	1 (5%)	3 (15%)	20 (100%)
(d8) A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.	0 (0%)	0 (0%)	3 (15%)	9 (45%)	8 (40%)	0 (0%)	20 (100%)

TABELA 14 - COMUNICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO (ESF)

(conclusão)

(d9) Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (40%)	12 (60%)	0 (0%)	20 (100%)
(d10.inv) Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.	2 (10%)	2 (10%)	6 (30%)	8 (40%)	2 (10%)	0 (0%)	20 (100%)
(d11) Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.	0 (0%)	1 (5%)	3 (15%)	9 (45%)	7 (35%)	0 (0%)	20 (100%)
(d12) Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.	0 (0%)	0 (0%)	7 (35%)	7 (35%)	6 (30%)	0 (0%)	20 (100%)

FONTE: A autora (2018).

A TABELA 15 mostra as vertentes relacionadas à comunicação e o acompanhamento nas UBS. Observa-se que nestas unidades nenhum participante respondeu “não sei ou não se aplica”. Nesta seção, verificou-se que os itens invertidos d4.inv, d7.inv e d10.inv, como nas unidades ESF, também chamaram atenção, pois apresentaram maior número de respostas com conotação negativa.

À pergunta (d.4 inv), “Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto”, 56,5% (n=13) responderam que a equipe não tem receio, sendo, então, algo positivo para o local estudado.

Um fator importante foi analisado na questão (d.7 inv), “A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si”, que apresentou a pior avaliação nesta seção, sendo que 52,2% (n=12) dos participantes responderam negativamente, acreditando que os erros podem ser usados contra si.

Com relação ao item (d.10 inv), “Neste serviço, é difícil expressar opiniões diferentes”, 34,8% (n=8) responderam que no serviço há dificuldade de expressar opiniões diferentes, mas 39,1% (n=9) relataram que não há dificuldade.

TABELA 15 - COMUNICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO (UBS)

(continua)

Variáveis	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não sei ou não se aplica	Total
(d1) Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.	0 (0%)	7 (30,4%)	7 (30,4%)	5 (21,8%)	4 (17,4%)	0 (0%)	23 (100%)

TABELA 15 - COMUNICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO (UBS)

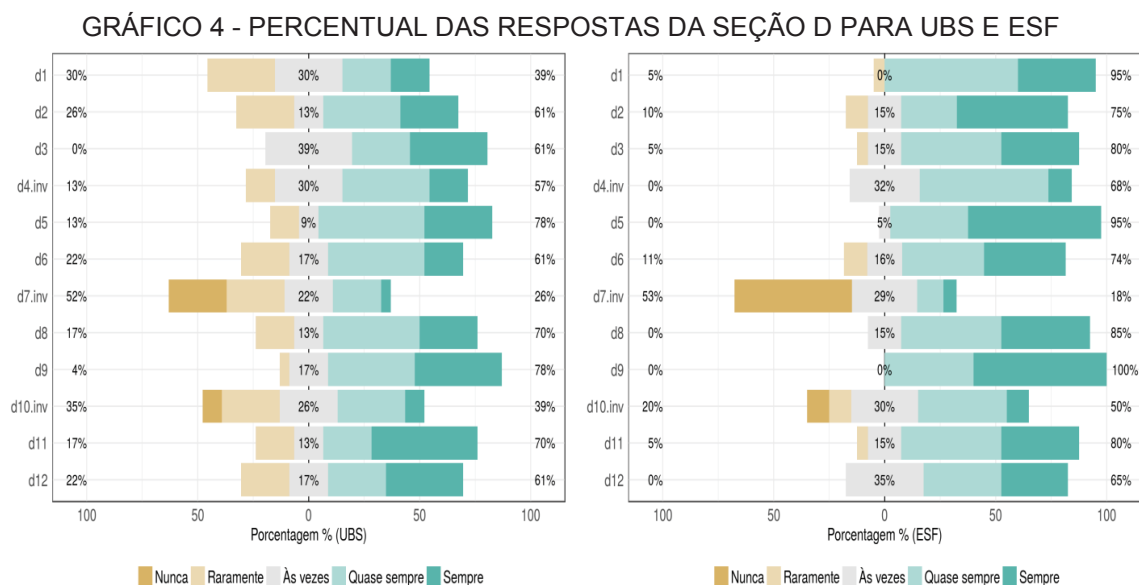
(conclusão)

Variáveis	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não sei ou não se aplica	Total
(d2) Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.	0 (0%)	6 (26,1%)	3 (13%)	8 (34,8%)	6 (26,1%)	0 (0%)	23 (100%)
(d3) Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.	0 (0%)	0 (0%)	9 (39,1%)	6 (26,1%)	8 (34,8%)	0 (0%)	23 (100%)
(d4.inv) Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.	0 (0%)	3 (13,1%)	7 (30,4%)	9 (39,1%)	4 (17,4%)	0 (0%)	23 (100%)
(d5) Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.	0 (0%)	3 (13,1%)	2 (8,7%)	11 (47,8%)	7 (30,4%)	0 (0%)	23 (100%)
(d6) Este serviço faz acompanhamento quando não recebem um relatório esperado de outro serviço.	0 (0%)	5 (21,7%)	4 (17,4%)	10 (43,5%)	4 (17,4%)	0 (0%)	23 (100%)
(d7.inv) A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.	6 (26,1%)	6 (26,1%)	5 (21,7%)	5 (21,7%)	1 (4,4%)	0 (0%)	23 (100%)
(d8) A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.	0 (0%)	4 (17,4%)	3 (13%)	10 (43,5%)	6 (26,1%)	0 (0%)	23 (100%)
(d9) Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.	0 (0%)	1 (4,4%)	4 (17,4%)	9 (39,1%)	9 (39,1%)	0 (0%)	23 (100%)
(d10.inv) Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.	2 (8,7%)	6 (26,1%)	6 (26,1%)	7 (30,4%)	2 (8,7%)	0 (0%)	23 (100%)
(d11) Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.	0 (0%)	4 (17,4%)	3 (13,1%)	5 (21,7%)	11 (47,8%)	0 (0%)	23 (100%)
(d12) Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.	0 (0%)	5 (21,7%)	4 (17,4%)	6 (26,1%)	8 (34,8%)	0 (0%)	23 (100%)

FONTE: A autora (2018).

O GRÁFICO 4 mostra que, para ambas as unidades, a questão com avaliação mais negativa foi a (d.7 inv), “A equipe deste serviço acredita que seus erros possam

ser usados contra si”, em seguida a (d.10 inv), “Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.”. Pode-se analisar uma tendência mais positiva para os respondentes das unidades com ESF do que das UBS.



FONTE: A autora (2018).

### 5.1.5 Seção E

Nesta seção, as TABELAS 16 e 17 referem-se aos gestores/administradores/líderes, em que apenas os enfermeiros não gestores (16 enfermeiros das ESF e 15 enfermeiros da UBS) podiam responder às questões. A escala utilizada foi a mesma da seção C.

Como nas seções anteriores, a TABELA 16 mostra que as respostas “Não sei ou não se aplica” e “Anulada” foram vistas em todas as questões, mas a frequência foi baixa em relação a todas as respostas. Neste item, três questões (e.1, e.2, e.4) devem ser entendidas com a inversão de conotação – como foi explicado no QUADRO 4.

Em relação ao item (e.1 inv), “Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço”, 74,9% (n=12) dos profissionais relataram que os gestores não investem suficientemente em recursos.

Observa-se que na pergunta (e.2 inv), “Eles ignoram erros que se repetem no cuidado ao paciente”, com a inversão da pontuação “discordo” para “concordo”, a

TABELA 16 ilustra uma conotação positiva, pois 43,7% (n=7) dos enfermeiros responderam que não concordam que os gerentes ignorem que erros se repetem no cuidado ao paciente, mas 31,2% (n=5) ficaram neutros nesta pergunta.

Em relação à questão (e.4 inv), “Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para o paciente”, 43,7% (n=7) dos participantes referem conotações negativas, pois concordam que a maioria das decisões são pensadas para a melhoria do serviço, não para um melhor atendimento ao paciente.

TABELA 16 - APOIO DE GESTORES/ADMINISTRADORES/LÍDERES (ESF)

Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei ou não se aplica	Anulada	Total
(e1.inv) Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço.	7 (43,7%)	5 (31,2%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,3%)	0 (0%)	16 (100%)
(e2.inv) Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes.	2 (12,5%)	0 (0%)	5 (31,2%)	7 (43,7%)	0 (0%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	16 (100%)
(e3) Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes.	0 (0%)	4 (25%)	6 (37,5%)	4 (25%)	1 (6,2%)	1 (6,3%)	0 (0%)	16 (100%)
(e4.inv) Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes.	2 (12,5%)	5 (31,2%)	4 (25%)	4 (25%)	0 (0%)	1 (6,3%)	0 (0%)	16 (100%)

FONTE: A autora (2018).

Na TABELA 17, percebe-se que apenas uma questão foi marcada, o item “Não sei ou não se aplica”, e o que chama atenção é que para a maioria das perguntas as repostas apresentaram conotações positivas.

A pergunta (e.2 inv), “Eles ignoram os erros que se repetem no cuidado aos pacientes”, 60% (n=9) dos enfermeiros, mostra respostas positivas após a inversão da pontuação, ou seja, discordam que os gestores ignorem os erros que se repetem

no cuidado. Já em relação à pergunta (e.3), “Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento ao paciente”, 53,3% (n=8) concordam que os gestores priorizam a melhoria dos processos.

TABELA 17 - APOIO DE GESTORES/ADMINISTRADORES/LÍDERES (UBS)

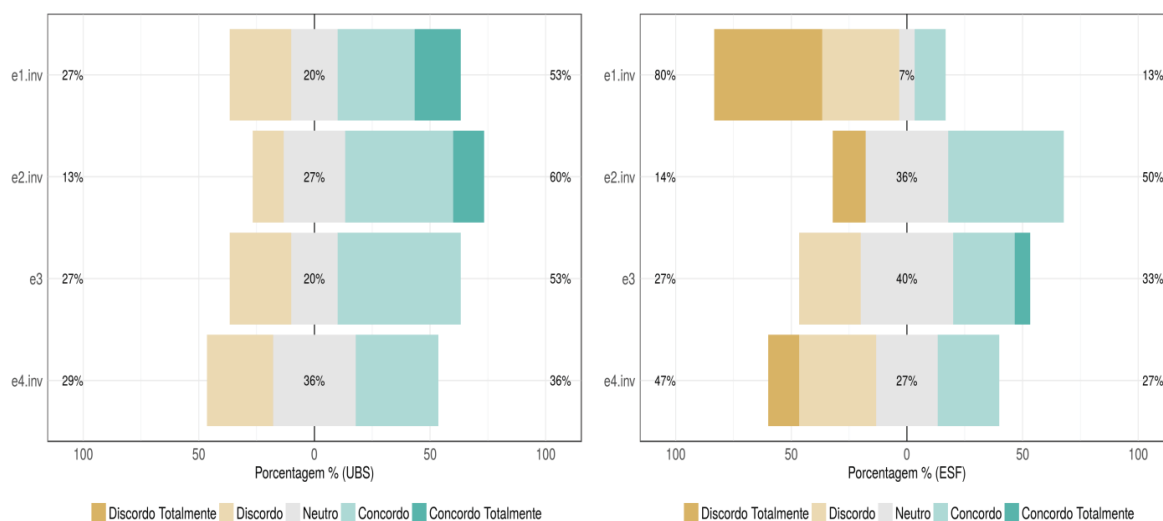
Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei ou não se aplica	Anulada	Total
(e1.inv) Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço.	0 (0%)	4 (26,7%)	3 (20%)	5 (33,3%)	3 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	15 (100%)
(e2.inv) Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes.	0 (0%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)	7 (46,7%)	2 (13,3%)	0 (0%)	0 (0%)	15 (100%)
(e3) Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes.	0 (0%)	4 (26,7%)	3 (20%)	8 (53,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	15 (100%)
(e4.inv) Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes.	0 (0%)	4 (26,7%)	5 (33,3%)	5 (33,3%)	0 (0%)	1 (6,7%)	0 (0%)	15 (100%)

FONTE: A autora (2018).

No GRÁFICO 5, nota-se que, para os profissionais da UBS, a categoria com pior avaliação, “discordo”, foi mais representada pela (e.4inv), “Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço, não no que é melhor para os pacientes”. Já para os profissionais da ESF, a pior categoria avaliada foi a (e1.inv), “Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço”, com destaque para a grande frequência de “discordo totalmente”, em comparação com as demais questões dessa seção e do questionário, seguido da (e4.inv). Para ambos os locais, a categoria com maior frequência de respostas positivas foi a (e2.inv), “Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes”.



GRÁFICO 5 - PERCENTUAL DAS RESPOSTAS DA SEÇÃO E PARA UBS E ESF



FONTE: A autora (2018).

### 5.1.6 Seção F

As TABELAS 18 e 19 ilustram as respostas de perguntas direcionadas ao serviço de saúde em que o profissional está inserido. A TABELA 18 se refere às unidades ESF. Nesta seção, percebeu-se que o índice de resposta “Não sei ou não se aplica” foi visto pelo menos uma vez em todas as perguntas. Foi omitida a categoria “anulada”, pois sua frequência foi igual à zero.

Observou-se que na questão (f.2), “Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes”, as respostas foram positivas, pois 70% (n=14) dos enfermeiros concordam que os processos são adequados para prevenir erros e 15% (n=3) “discordam” deste item.

A pergunta (f.3 inv), “Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que devia”, 70% (n=14) dos participantes discordam que os erros acontecem com frequência, sendo considerada conotação positiva após a inversão dos pontos.

A questão (f.6 inv), “Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado”, chamou atenção pela quantidade de respostas com conotação negativa em relação às outras perguntas, pois, 30% (n=6) dos enfermeiros concordam que a quantidade de atividades é mais importante que a qualidade.

TABELA 18 - SEU SERVIÇO DE SAÚDE (ESF)

Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei ou não se aplica	Total
(f1) Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas.	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	12 (60%)	6 (30%)	1 (5%)	20 (100%)
(f2) Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.	0 (0%)	3 (15%)	2 (10%)	9 (45%)	5 (25%)	1 (5%)	20 (100%)
(f3.inv) Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria.	0 (0%)	2 (10%)	3 (15%)	12 (60%)	2 (10%)	1 (5%)	20 (100%)
(f4.inv) É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.	0 (0%)	0 (0%)	3 (15%)	11 (55%)	4 (20%)	2 (10%)	20 (100%)
(f5) Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam.	0 (0%)	1 (5%)	2 (10%)	12 (60%)	4 (20%)	1 (5%)	20 (100%)
(f6.inv) Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.	2 (10%)	4 (20%)	3 (15%)	8 (40%)	2 (10%)	1 (5%)	20 (100%)
(f7) Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se eles funcionam.	0 (0%)	3 (15%)	4 (20%)	7 (35%)	5 (25%)	1 (5%)	20 (100%)

FONTE: A autora (2018).

A TABELA 19 refere-se às UBS. O índice de resposta “Não sei ou não se aplica” foi visto apenas uma vez em que 8,7% (n=2) responderam para a questão (f.4 inv), também foi omitida a categoria “anulada”, pois a sua frequência foi igual a zero.

Podemos analisar na questão (f.1), “Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas”, que 91,3% (n=21) apresentaram opiniões positivas, pois concordam com a frase e ainda nenhum participante discordou dela.

Já na pergunta (f.2), “Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes”, 60,9% (n=14) responderam positivamente e 13% (n=3) discordam da questão, considerando que os processos de trabalho não são adequados para prevenir erros.

A questão que apresentou pior avaliação foi a (f.6 inv), “Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado”, em que 30,4% (n=7) dos enfermeiros concordam com a pergunta. Na TABELA 19, identificamos que esta porcentagem está na categoria discordo em razão da inversão dos pontos, sendo considerada conotação negativa para este item.

TABELA 19 - SEU SERVIÇO DE SAÚDE (UBS)

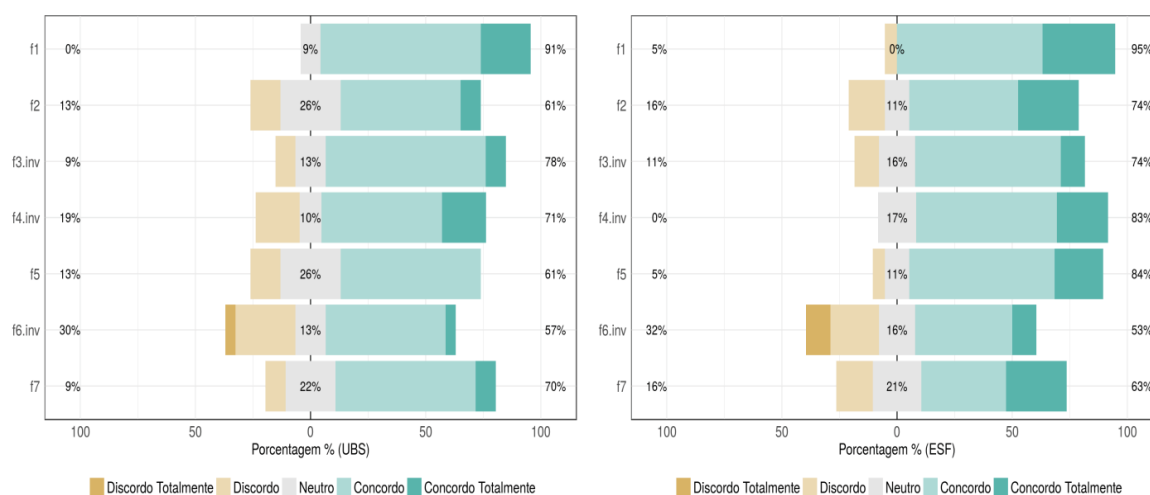
Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente	Não sei ou não se aplica	Total
(f1) Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas.	0 (0%)	0 (0%)	2 (8,7%)	16 (69,6%)	5 (21,7%)	0 (0%)	23 (100%)
(f2) Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.	0 (0%)	3 (13%)	6 (26,1%)	12 (52,2%)	2 (8,7%)	0 (0%)	23 (100%)
(f3.inv) Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria.	0 (0%)	2 (8,7%)	3 (13%)	16 (69,6%)	2 (8,7%)	0 (0%)	23 (100%)
(f4.inv) É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.	0 (0%)	4 (17,4%)	2 (8,7%)	11 (47,8%)	4 (17,4%)	2 (8,7%)	23 (100%)
(f5) Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam.	0 (0%)	3 (13%)	6 (26,1%)	14 (60,9%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)
(f6.inv) Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.	1 (4,3%)	6 (26,1%)	3 (13%)	12 (52,2%)	1 (4,4%)	0 (0%)	23 (100%)
(f7) Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se eles funcionam.	0 (0%)	2 (8,7%)	5 (21,7%)	14 (60,9%)	2 (8,7%)	0 (0%)	23 (100%)

FONTE: A autora (2018).

De acordo com o GRÁFICO 6, a questão que apresentou pior avaliação foi a (f.6 inv), “Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado”, e a mais bem avaliada foi a (f.1), “Quando há um

problema em nosso serviço, avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas”, para ambas as unidades (ESF e UBS). Observa-se também que no aspecto geral esta seção apresentou na sua maioria respostas positivas.

GRÁFICO 6 - PERCENTUAL DAS RESPOSTAS DA SEÇÃO D PARA UBS E ESF



FONTE: A autora (2018).

### 5.1.7 Seção G

Nesta seção, as TABELAS 20 e 21 mostram a avaliação global da qualidade – a classificação da qualidade de cuidado e a avaliação geral da segurança do paciente – a classificação dos sistemas e processos clínicos que os serviços estudados utilizam para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham potencial de afetar os usuários.

A TABELA 20 apresenta a avaliação nas unidades com ESF. Nota-se que a classificação com maior porcentagem variou do “Bom” e “Muito bom” e apresentou apenas uma questão com resposta “Informação faltante” e nenhuma “Ruim”.

Observa-se também que apenas três questões da (G.1) têm respostas negativas. A questão (g.1c), “Pontual: minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais”, mostra que 20% (n=4) consideram este item “Razoável”. Já em relação à questão (g.1e), “Imparcial: fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente do sexo, etnia, *status* socioeconômico, idioma etc.”, 70% (n=14) dos profissionais analisam esta pergunta de maneira positiva, pois responderam “Muito bom” e “Excelente”. Na categoria (G.2), 50% (n=10) dos

enfermeiros avaliaram a segurança do paciente na atenção primária como “Muito bom” e apenas 10% (n=2) consideraram “Razoável”.

TABELA 20 - AVALIAÇÃO GLOBAL DA QUALIDADE (ESF)

Variáveis	Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente	Informação Faltante	Total
(g1a) Centrado no paciente: É sensível às preferências individuais, necessidades e valores do paciente.	0 (0%)	0 (0%)	12 (60%)	7 (35%)	1 (5%)	0 (0%)	20 (100%)
(g1b) Efetivo: É baseado no conhecimento científico.	0 (0%)	0 (0%)	7 (35%)	11 (55%)	2 (10%)	0 (0%)	20 (100%)
(g1c) Pontual: Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.	0 (0%)	4 (20%)	7 (35%)	6 (30%)	2 (10%)	1 (5%)	20 (100%)
(g1d) Eficiente: Garante um cuidado de bom custo-efetivo (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços).	0 (0%)	4 (20%)	6 (30%)	7 (35%)	3 (15%)	0 (0%)	20 (100%)
(g1e) Imparcial: Fornece a mesma qualidade de cuidado a todos os indivíduos, independente de sexo, etnia, <i>status</i> socioeconômico, idioma, etc,	0 (0%)	2 (10%)	4 (20%)	7 (35%)	7 (35%)	0 (0%)	20 (100%)
G.2- Avaliação geral em segurança do paciente	0 (0%)	2 (10%)	7 (35%)	10 (50%)	1 (5%)	0 (0%)	20 (100%)

FONTE: A autora (2018).

A TABELA 21 apresenta os dados da avaliação feita pelos enfermeiros das unidades básicas de saúde. Observa-se nesta categoria que, em todas as perguntas da “G.1”, foi vista a “Informação faltante”. Na apresentação geral, os profissionais avaliaram como “Bom”.

Nota-se que apenas uma questão foi considerada “Excelente”. Em relação à pergunta (g1.a), “Centrado no paciente: é sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes”, 60,9% (n=14) consideram este item “Bom” e 17,4 (n=4), “Muito bom”. Já em relação à pergunta (g.1c), “Pontual: minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais”, 56,5% (n=13) avaliaram como “Bom” e 30,4% (n=7), como “Razoável”. Na categoria (G.2), 73.9% (n=17) dos profissionais avaliaram a segurança do paciente na atenção primária como “Bom” e 26,1% (n=6), como “Muito

bom”. Constata-se também que nenhum profissional considerou esta categoria com aspectos negativos.

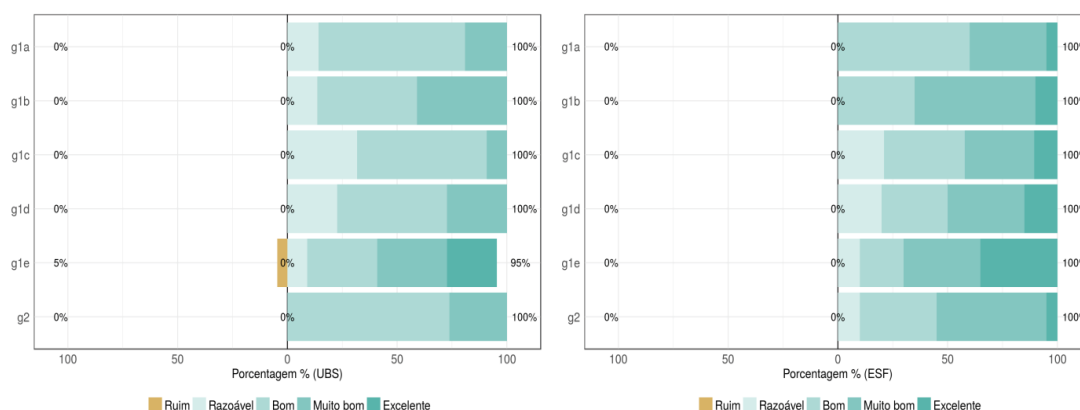
TABELA 21 - AVALIAÇÃO GLOBAL DA QUALIDADE (UBS)

Variáveis	Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente	Informação Faltante	Total
(g1a) Centrado no paciente: É sensível às preferências individuais, necessidades e valores do paciente.	0 (0%)	3 (13%)	14 (60.9%)	4 (17.4%)	0 (0%)	2 (8.7%)	23 (100%)
(g1b) Efetivo: É baseado no conhecimento científico.	0 (0%)	3 (13%)	10 (43.5%)	9 (39.1%)	0 (0%)	1 (4.4%)	23 (100%)
(g1c) Pontual: Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.	0 (0%)	7 (30.4%)	13 (56.5%)	2 (8.7%)	0 (0%)	1 (4.4%)	23 (100%)
(g1d) Eficiente: Garante um cuidado de bom custo-efetivo (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços).	0 (0%)	5 (21.7%)	11 (47.8%)	6 (26.1%)	0 (0%)	1 (4.4%)	23 (100%)
(g1e) Imparcial: Fornece a mesma qualidade de cuidado a todos os indivíduos, independente de sexo, etnia, <i>status</i> socioeconômico, idioma, etc,	1 (4.4%)	2 (8.7%)	7 (30.4%)	7 (30.4%)	5 (21.7%)	1 (4.4%)	23 (100%)
G.2- Avaliação geral em segurança do paciente	0 (0%)	0 (0%)	17 (73.9%)	6 (26.1%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)

FONTE: A autora (2018).

O GRÁFICO 7 mostra a avaliação das duas categorias (G.1 e G.2) dos enfermeiros. Repara-se que a única resposta “Ruim” para essa seção foi marcada por um funcionário da UBS na questão (g.1e), as demais questões tiveram conotações positivas. A mesma questão (g.1e) apresentou o maior número de respostas “Excelente” para ambas as unidades.

GRÁFICO 7 - PERCENTUAL DAS RESPOSTAS DA SEÇÃO G PARA UBS E ESF



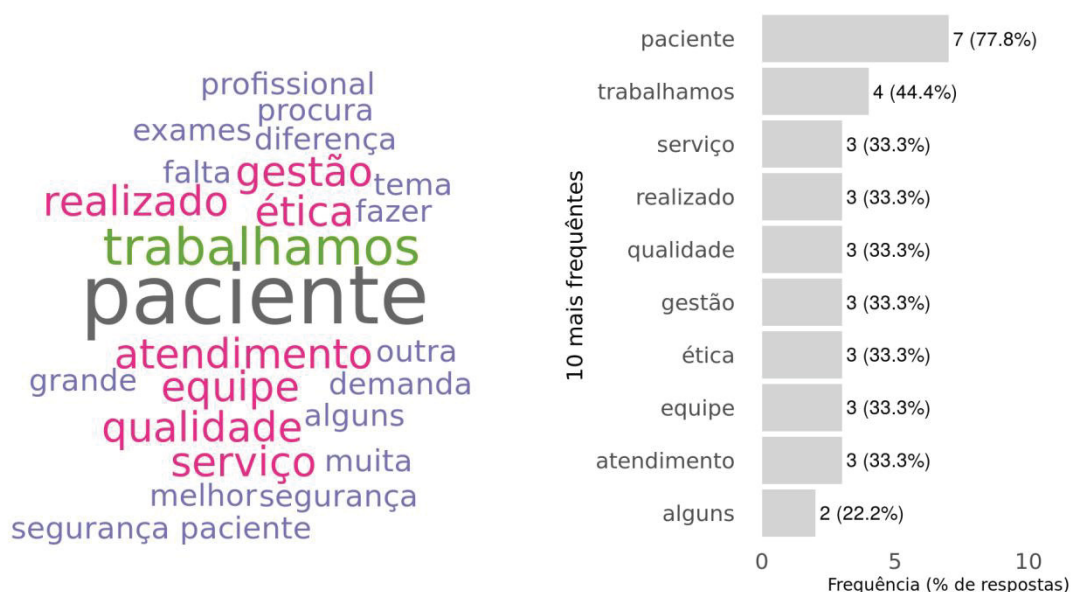
FONTE: A autora (2018).

### 5.1.8 Seção I

Esta seção é uma questão aberta, na qual a questão disparadora é “Por favor, sinta-se à vontade para fazer os comentários que você queira sobre segurança e qualidade assistencial no serviço em que você trabalha. Responderam a esta questão nove participantes, seis da ESF e três da UBS, e com base nestes comentários, foram feitos uma nuvem de palavras e um gráfico com a frequência das 10 palavras mais frequentes entre os entrevistados.

A FIGURA 3 ilustra a alta frequência das palavras “paciente” e “trabalhamos”, mas isto não propicia uma interpretação concreta sobre o comentário do participante, pois estas palavras são utilizadas para a construção de frase dos enfermeiros. Já as palavras “ética” e “falta” podem ser consideradas como diagnóstico sobre o serviço prestado. Nesse caso, das três vezes que a palavra ética foi citada, duas foram de forma negativa, e a palavra “falta” refere-se à falta de ética, ou à falta de materiais.

FIGURA 3 - NUVEM DE PALAVRAS E GRÁFICO DE BARRAS REFERENTE AOS COMENTÁRIOS GERAIS DOS ENTREVISTADOS



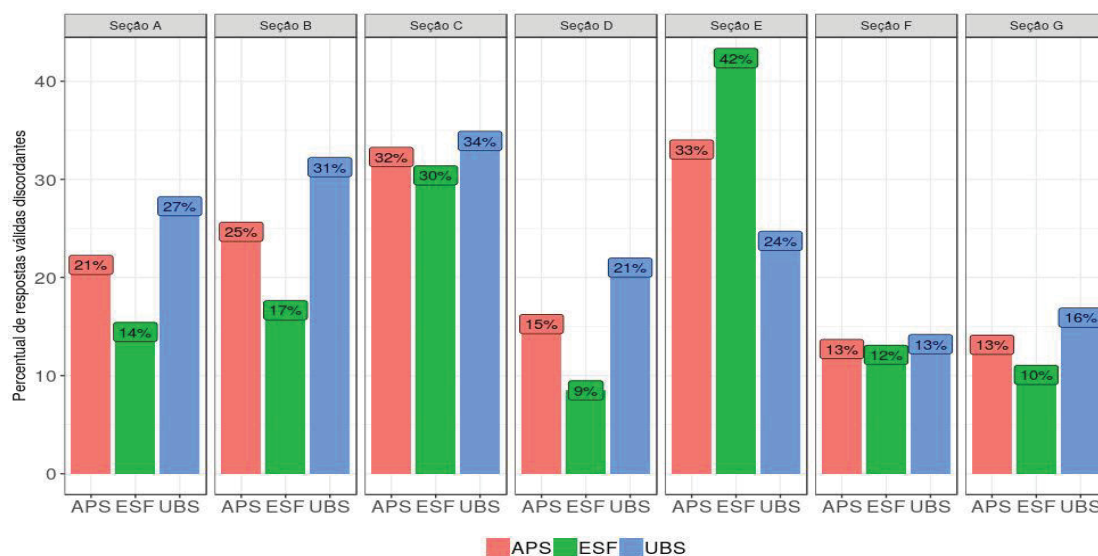
FONTE: A autora (2018).

## 5.2 EXPLICATIVA

Neste capítulo, serão expostos a percepção da cultura de segurança na perspectiva dos enfermeiros e os desafios a serem enfrentados na APS. Para tal, foi utilizado o modelo proposto por Brown et al. (2008), conforme análise da cadeia causal.

O GRÁFICO 8 mostra o percentual de respostas discordantes para cada uma das seções por tipo de unidade. Observa-se que as seções que apresentaram maior porcentagem negativa foram a E para ESF e a C para UBS. No âmbito da APS, a seção que se destacou foi a E. Essas seções estão direcionadas ao apoio de gestores, administradores e líderes e como ocorre o trabalho nas respectivas unidades. Nota-se a importância desses dois itens para a segurança do paciente na APS.



GRÁFICO 8 - PERCENTUAL DE RESPOSTAS NEGATIVAS EM CADA UNIDADE E SEÇÃO<sup>4</sup>

FONTE: A autora (2018).

Os QUADROS 8 e 9 mostram as matrizes com os resultados das unidades. Foram elencados os principais problemas observados pela pesquisadora por meio de uma análise minuciosa dos dados do instrumento MOSPCS nas UBS e unidades com ESF, como descrito na metodologia. Tendo em vista esses dados, será exposta a cadeia causal na APS e propostas estratégias genéricas e específicas que visam a o fortalecimento da cultura de segurança do paciente na APS.

Nota-se que a matriz dos resultados na ESF mostrou maior ocorrência de problemas na estrutura do serviço. No que se refere à estrutura, foram notados problemas com prontuários que não estavam disponíveis, equipamentos, exames não realizados, recursos que não são investidos no serviço e decisão dos gestores no que é melhor para o serviço, não para o paciente. No processo de gestão, foi observada a pressa na realização de tarefas nas quais os profissionais não são treinados, fluxo de trabalho e que a quantidade de atividade é mais importante que a qualidade. Já no processo clínico, foi observado problemas com resultados de exames, utilização do prontuário de outro paciente, na troca de informação com outras instituições, e os profissionais acreditando que os erros podem ser usados contra eles próprios. A avaliação geral da segurança do paciente foi 50% muito bom e 20% razoável.

QUADRO 8 - MATRIZ DOS RESULTADOS DO MOSPSC NA ESF

SEÇÃO	ESTRUTURA	PROCESSOS DE GESTÃO	PROCESSO CLÍNICOS	RESULTADO
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O prontuário não está disponível quando necessário;</li> <li>• Equipamentos não funcionam quando necessário;</li> <li>• Exames não realizados.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de exames não disponíveis;</li> <li>• Utilização do prontuário de outro paciente.</li> </ul>	
B			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas com a troca de informação com hospitais, farmácias, laboratórios e outros serviços/ de saúde.</li> </ul>	
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O quantitativo profissional não é suficiente para atender o nº de pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os profissionais sentem-se apressados;</li> <li>• Realizam tarefas para as quais não são treinados;</li> <li>• Problemas com fluxo de trabalho.</li> </ul>		
D			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os profissionais acreditam que os erros podem ser usados contra si.</li> </ul>	
E	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os gestores não investem recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado;</li> <li>• Tomam decisão para o que é melhor para o serviço e não para o paciente.</li> </ul>			
F		<ul style="list-style-type: none"> <li>• A quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade.</li> </ul>		
G				<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Avaliação geral em segurança do paciente:</b> 50% muito bom e 20% razoável.</li> </ul>

FONTE: A autora (2018).

No resultados da matriz na UBS, no que se refere aos problemas na estrutura, foram analisadas questões que interferem nos equipamentos que não funcionam quando necessário, exames laboratoriais e de imagem não realizados quando necessários, quantidade de paciente muito alta em relação ao número de profissionais, e os gestores tomam decisões no que é melhor para o serviço. No item processo de gestão, foram notadas dificuldades com a pressa, fluxo de trabalho e a quantidade de serviço se mais importante do que a qualidade. Já no processo clínico, item que apresentou mais relevância neste cenário, foram os problemas com acesso, pois os pacientes não conseguem uma consulta em 48 horas, resultados de exames não disponíveis, utilização do prontuário de outro paciente, os usuários retornam à unidade para corrigir uma prescrição, os medicamentos não são revisados durante a consulta, troca de informação com outras instituições de saúde e os profissionais acreditam que os erros podem ser usados contra si. A avaliação geral da segurança do paciente foi que 73,9% dos enfermeiros acreditam que é bom.

QUADRO 9 - MATRIZ DOS RESULTADOS DO MOSPSC NA UBS

(continua)

SEÇÃO	ESTRUTURA	PROCESSOS DE GESTÃO	PROCESSO CLÍNICOS	RESULTADO
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os equipamentos não funcionam quando necessário;</li> <li>Exames não realizados.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente não consegue uma consulta em 48 horas;</li> <li>Resultados de exames não disponíveis;</li> <li>Utilização do prontuário de outro paciente;</li> <li>O paciente retornou à unidade para corrigir uma prescrição;</li> <li>Os medicamentos não foram revisados durante a consulta;</li> </ul>	

QUADRO 9 - MATRIZ DOS RESULTADOS DO MOSPSC NA UBS

(conclusão)

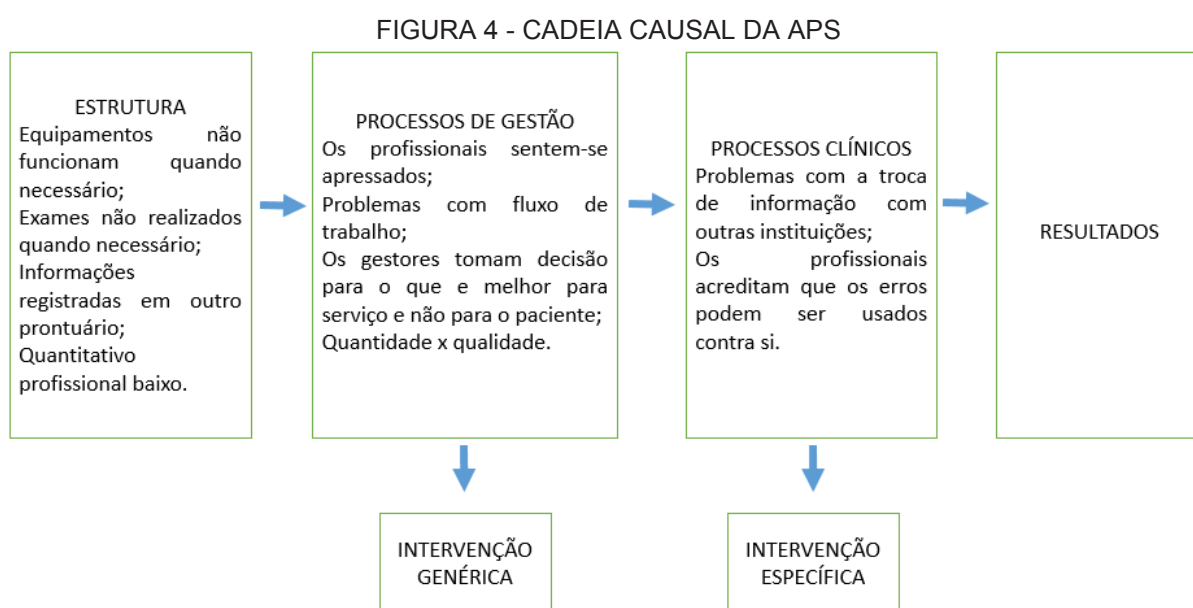
SEÇÃO	ESTRUTURA	PROCESSOS DE GESTÃO	PROCESSO CLÍNICOS	RESULTADO
B			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas com a troca de informação com hospitais, farmácias, laboratórios e outros serviços/ de saúde.</li> </ul>	
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A quantidade de paciente é muito alta em relação ao nº de profissionais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os profissionais sentem-se apressados;</li> <li>• Problemas com fluxo de trabalho.</li> </ul>		
D			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os profissionais acreditam que os erros podem ser usados contra si.</li> </ul>	
E	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomam decisão para o que é melhor para serviço e não para o paciente.</li> </ul>			
F		<ul style="list-style-type: none"> <li>• A quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade.</li> </ul>		
G				<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Avaliação geral em segurança do paciente:</b> 73,9% bom.</li> </ul>

FONTE: A autora (2018).

Verificou-se ocorrência de problemas diferenciados nas respectivas unidades. Nas unidades com ESF, notou-se diferenciação no tópico estrutura e no processo de gestão. Na estrutura, os prontuários não estão disponíveis quando necessário e os gestores não investem recursos para melhoria da qualidade do cuidado no serviço. Já no processo de gestão, os profissionais realizam tarefas para as quais não foram treinados. Na UBS, o item que apresentou resultado diferente foi o processo clínico, que mostrou problemas com o acesso do usuário, o paciente retorna à unidade para corrigir uma prescrição e os medicamentos não são revisados durante uma consulta.

Considerando a exposição dos principais resultados elencados na matriz, pôde-se construir a cadeia causal na APS. O item estrutura é entendido como o local

em que o serviço é prestado, desta forma, foram elencados problemas com equipamentos que não funcionam, exames não realizados quando necessário, informação registrada em outro prontuário e quantitativo profissional baixo. O processo de gestão é compreendido como política de recursos humanos, treinamento profissional e gestão de abastecimento de insumos. Com isso, foram encontrados problemas com o fluxo de trabalho, os profissionais se sentem apressados, os gestores tomam decisões para o que é melhor para o serviço, não ao paciente, e a quantidade é mais importante que a qualidade. No processo clínico, notam-se prática baseada em evidência, qualidade na assistência e comunicação. Nesse processo, observou-se problema com a troca de informação com outras instituições de saúde e os profissionais acreditam que os erros podem ser usados contra si. A FIGURA 4 expõe a cadeia causal com os elementos citados anteriormente.



FONTE: A autora (2018).

### 5.3 PRESCRITIVA

Os resultados desse tópico serão apresentados em dois itens: o primeiro item ilustrará a avaliação da validação de conteúdo das estratégias (APÊNDICE 2), em que estão descritas a proporção de respostas que atestam a qualidade das estratégias, a frequência absoluta e relativa dos avaliadores e a concordância entre os avaliadores: o segundo item mostrará as estratégias de melhoria para a segurança do paciente na APS elencadas pela pesquisadora.

### 5.3.1 Validação do conteúdo das estratégias

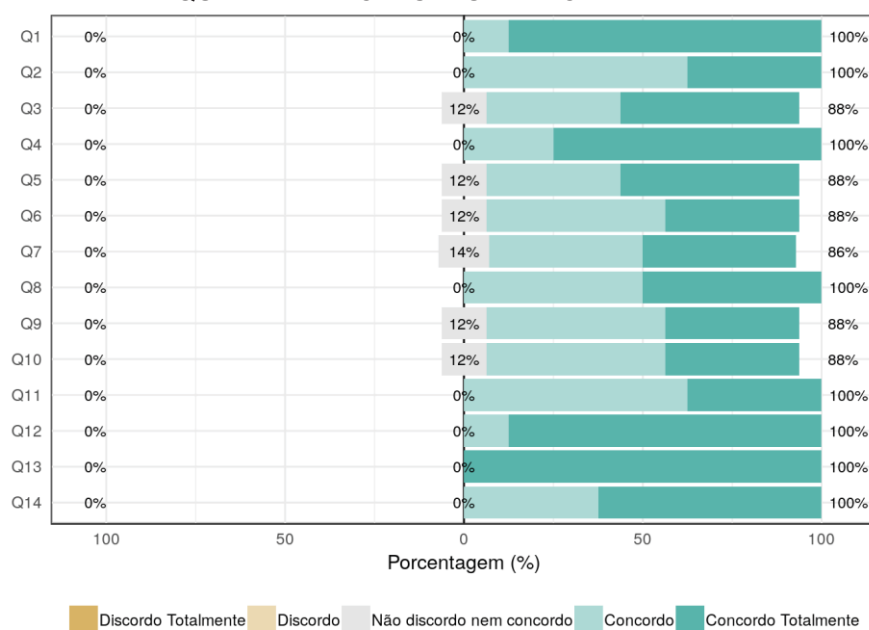
Para a validação do conteúdo participaram oito enfermeiros que atuam no GPPGPS. O perfil dos participantes são: especialista em gestão e especialista em APS.

Inicialmente optou-se por analisar o Índice de Validação de Conteúdo (IVC), que consiste em calcular a proporção de avaliadores que concordaram totalmente ou concordaram sobre determinado tema do instrumento. Calculou-se também o IVC geral, que consiste no número geral de respostas concordo ou concordo totalmente em relação ao número de respostas. (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Observou-se que as questões Q1, Q2, Q4, Q8, Q11, Q14, Q12, Q13 e Q14 foram avaliadas com 100% de concordo ou concordo totalmente. Isso mostra um alto percentual de pontos válidos do instrumento. Já as questões Q3, Q5, Q6, Q7, Q9 e Q10 apresentaram percentual de 88% de respostas concordo ou concordo totalmente. Analisou-se também um alto percentual de pontos válidos do instrumento. Nota-se que nenhum avaliador escolheu a opção discordo ou discordo totalmente, não invalidando assim as questões.

O GRÁFICO 9 mostra a proporção de respostas que atestam a qualidade do instrumento (Índice de Validação de Conteúdo).

GRÁFICO 9 - RESULTADOS DAS OPINIÕES DOS AVALIADORES QUANTO A QUALIDADE DO INSTRUMENTO



FONTE: A autora (2018).

Também foi analisada a frequência absoluta e relativa das avaliações. Observou-se que 94,6% dos pontos foram avaliados como concordo ou concordo totalmente, mostrando que o instrumento foi muito bem avaliado, pois tal item é superior a 90%, sendo o valor recomendado para esse tipo de situação. A TABELA 22 ilustra a frequência absoluta e relativa da avaliação dos profissionais no que concerne às estratégias de melhoria para a segurança do paciente na APS.

TABELA 22 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA DA AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Concordo Totalmente	63	56,8
Concordo	42	37,8
Não discordo nem concordo	6	5,4
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

FONTE: A autora (2018).

Após essa análise, efetuou-se a Porcentagem de Concordância, que consiste em calcular o número de respostas concordantes para cada questão (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Para isso, primeiramente, as respostas concordo e concordo totalmente foram categorizadas como respostas “positivas”, e o não concordo e nem discordo, como respostas neutras. O software utilizado para desenvolver a análise foi o R. (R CORE TEAM, 2018).

Finalmente, para analisar a concordância entre os avaliadores, não foi possível calcular os coeficientes de concordância, pois, como 94,6% dos profissionais concordaram com a viabilidade do instrumento e em virtude da similaridade das respostas entre os avaliadores, não foi possível fazer esse cálculo. A TABELA 23 ilustra a acurácia entre os avaliadores. Nota-se que a proporção de respostas idênticas esperadas ao acaso foi maior que a proporção de respostas concordantes. Dessa forma, não é factível calcular os coeficientes entre os avaliadores.

TABELA 23 - ACURÁCIA (%) DE RESPOSTAS COINCIDENTES ENTRE OS AVALIADORES

	<b>Avaliador 2</b>	<b>Avaliador 3</b>	<b>Avaliador 4</b>	<b>Avaliador 5</b>	<b>Avaliador 6</b>	<b>Avaliador 7</b>	<b>Avaliador 8</b>
Avaliador 1	92,3	84,6	100	84,6	100	100	100
Avaliador 2		78,6	85,7	78,6	92,9	92,9	92,9
Avaliador 3			78,6	71,4	85,7	85,7	85,7
Avaliador 4				78,6	92,9	92,9	92,9
Avaliador 5					85,7	85,7	85,7
Avaliador 6						100	100
Avaliador 7							100
Avaliador 8							

FONTE: A autora (2018).

Nesse caso, os resultados relevam uma alta acurácia para cada um dos pares dos avaliadores, uma vez que o menor foi igual a 71.4%. São notados ainda alguns avaliadores concordando 100%, como, por exemplo, os avaliadores 1, 6, 7 e 8.

De maneira geral, os avaliadores estão de acordo em relação ao instrumento em virtude do alto IVC (94,6%), e os altos valores de acurácia revelaram padrões de respostas similares entre os avaliadores.

Ao final da pesquisa, as estratégias serão apresentadas ao gestor do distrito sanitário. Os resultados serão apresentados em dois quadros, que serão divididos em estratégias genéricas e estratégias específicas, conforme sugestão do grupo na proposta de validação.

### 5.3.2 Estratégias genéricas e específicas de melhoria para a segurança do paciente na APS

Esse tópico foi descrito em duas etapas: na primeira etapa, foram ilustradas as estratégias sugeridas pela pesquisadora antes da reunião com os participantes do grupo de pesquisa para sua validação; na segunda etapa, foram elencadas as estratégias finais com as alterações sugeridas pelos participantes.



Inicialmente puderam ser analisados os problemas relacionados à estrutura, que estão direcionados aos equipamentos que não funcionam, exames laboratoriais ou de imagem não realizados quando necessários, informações registradas ou arquivadas no prontuário de outro paciente e o quantitativo profissional baixo. Nota-se que esses dados são considerados exógenos e que as ações sobre as estratégias não podem ser completamente definidas pelos gestores das respectivas unidades.

O enfermeiro ESF G fez um comentário na seção I do instrumento que está diretamente relacionado com esses problemas elencados anteriormente:

A equipe é muito competente, procura sempre fazer o melhor pelo paciente, tratando-o com empatia e respeito e o ajuda da melhor maneira diante das condições disponíveis (espaço físico, equipamento, RH) [...] Não há previsão da gestão na reposição de RH, ocasionando sobrecarregada no serviço. Ocasionalmente trabalhamos com falta de alguns materiais.

Outro profissional também fez considerações pertinentes a estes itens. O ESF L relatou:

Temos muitos homônimos e situações que colocam pacientes com nomes semelhantes direto na agenda na agenda profissional [...] O sistema informatizado muitas vezes dá problema bem no momento das consultas [...] Outra situação são os exames de imagem que ficam no aguardo em fila de espera. Estes, quando o caso é de emergência, os médicos orientam que o paciente faça o exame particular e traga o resultado para avaliação.

Com isso, as estratégias sugeridas no item estrutura serão genéricas, visto que as soluções destes problemas vão além da gestão da autoridade sanitária local. O QUADRO 10 apresenta as sugestões.

QUADRO 10 - ESTRATÉGIAS GENÉRICAS RELACIONADA À ESTRUTURA

(continua)

PROBLEMAS RELACIONADOS À ESTRUTURA	ESTRATÉGIAS GENÉRICAS
Equipamentos que não funcionam quando necessário	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a manutenção dos equipamentos;</li> <li>- Realizar o gerenciamento dos equipamentos mantendo as condições de seleção, aquisição, armazenamento, instalação, funcionamento, distribuição, descarte e rastreabilidade;</li> <li>- Garantir que os materiais e equipamentos sejam utilizados exclusivamente para os fins a que se destinam;</li> <li>- Remover os equipamentos que não funcionam;</li> <li>- Solicitar equipamentos necessários para o serviço.</li> </ul>

## QUADRO 10 - ESTRATÉGIAS GENÉRICAS RELACIONADA À ESTRUTURA

(conclusão)

PROBLEMAS RELACIONADOS À ESTRUTURA	ESTRATÉGIAS GENÉRICAS
Exames laboratoriais ou de imagem não realizados quando necessário	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir protocolos existentes para cada categoria profissional atuante na APS no que se refere à prática de solicitação e análise de exames de imagem e laboratorial;</li> <li>- Capacitar os enfermeiros para solicitação de exames que façam parte dos protocolos instituídos pelo MS, PNAB, Resolução Cofen n° 195/97, instrução normativa 01 da Secretaria Municipal de Curitiba;</li> <li>- Capacitar os profissionais atuantes na APS para a análise de resultados, de acordo com a Lei do exercício profissional de cada categoria.</li> </ul>
Informações clínicas registradas ou arquivadas no prontuário de outro paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar protocolo de identificação do paciente na APS;</li> <li>- Introduzir alertas de segurança nas aplicações da informática nos registros;</li> <li>- Verificar sistematicamente a identidade dos pacientes, cruzando mais do que um dado de identificação (ex: nome e data de nascimento), encorajando o paciente a participar ativamente no processo;</li> <li>- Minimizar o uso de orientações verbais ou telefônicas.</li> </ul>
Quantitativo profissional baixo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar cálculo do dimensionamento profissional de cada categoria;</li> <li>- Solicitar contratação do n° de profissionais faltantes;</li> <li>- Criar instrumento de notificação dos eventos adversos;</li> <li>- Incentivar a equipe da APS à notificação do erro;</li> <li>- Proporcionar interação entre os profissionais para que assumam responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;</li> <li>- Priorizar a segurança do usuário acima de metas financeiras e operacionais.</li> </ul>

FONTE: A autora (2018).

No processo de gestão, foi observada ocorrência de problemas relacionados à pressão profissional, fluxo de trabalho, gestores tomando decisão para o que é melhor para o serviço, não para o paciente, e no serviço, a quantidade é mais importante do que a qualidade. Considera-se também que as intervenções para estes problemas serão genéricas, pois os incidentes podem permanecer ocultos e as ações surgem da decisão do gestor. Nessa lógica, o profissional ESF G citou que:

[...] Há visão da gestão focada mais em quantidade que qualidade, da qual a equipe discorda [...]

O QUADRO 11 mostra as estratégias relacionados ao processo de gestão.

QUADRO 11 - ESTRATÉGIAS GENÉRICAS RELACIONADAS AOS PROCESSOS DE GESTÃO

PROBLEMAS RELACIONADOS COM O PROCESSO DE GESTÃO	ESTRATÉGIAS GENÉRICAS
Os profissionais sentem-se apressados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver redes de comunicação entre profissionais e entre pacientes;</li> <li>- Orientar os pacientes e a comunidade sobre as necessidades de parceria no processo de cuidados de saúde, ilustrando o Guia promovido pela ANVISA - “Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes;</li> <li>- Promover reunião para debate do fluxo de trabalho com gestor, funcionários, conselho local de saúde e comunidade.</li> </ul>
Problemas com fluxo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar os problemas existentes com o fluxo de trabalho, por meio de um diagnóstico situacional;</li> <li>- Desenvolver competências técnicas para gerir as mudanças necessárias, a partir do diagnóstico situacional;</li> <li>- Promover procedimentos de avaliação, por meio da construção de um instrumento específico para o problema encontrado e assim realizar o processo de remodelagem das mudanças.</li> </ul>
Os gestores tomam decisões para o que é melhor ao serviço e não para o paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover campanha de comunicação social sobre segurança do paciente na APS, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade.</li> </ul>
Quantidade x Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar debates sobre determinados incidentes ocorridos na APS para promover a reflexão dos profissionais;</li> <li>- Realizar avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente. Sugere-se a utilização do instrumento: Auto avaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AMAQ), criado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB).</li> </ul>

FONTE: A autora (2018).

No processo clínico, foi observada ocorrência de problemas com a troca de informação com outras instituições, e os profissionais acreditam que os erros podem ser usados contra si.

As estratégias para estes problemas são consideradas específicas, pois são atos inseguros que ocorrem com o contato direto com o paciente e há falha humana que favorece uma consequência imediata. Essas ações são consideradas erros ativos.

Com isso, dois profissionais das UBS relataram ausência de debates sobre segurança do paciente na APS. O enfermeiro UBS T comentou:

Na rede municipal de saúde, precisamos avançar no tema segurança do paciente.

E a enfermeira UBS V relatou:

Ainda estamos longe de atender a segurança do paciente em sua plenitude. Não é muito abordado este tema na UMS.

Tendo em vista essas considerações, o QUADRO 12 apresenta algumas propostas estratégicas específicas.

QUADRO 12 - ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS AO PROCESSO CLÍNICO

PROBLEMAS RELACIONADOS COM O PROCESSO CLÍNICO	ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS
Problemas com troca de informação com outras instituições de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidar um sistema de referência e contrarreferência;</li> <li>- Fornecer informações claras e escritas sempre que possível às outras instituições de saúde, por meio de contrarreferência, prontuário, ou da informação verbal;</li> <li>- Orientar as equipes sobre a importância da informação clara e precisa;</li> <li>- Elaborar um guia, protocolo ou manual referente à troca de informação com outras instituições de saúde.</li> </ul>
Os profissionais acreditam que os erros podem ser usados contra si	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituir uma comissão de segurança do paciente na APS no município;</li> <li>- Implementar rotinas de partilha e discussão dos possíveis erros dentro das equipes;</li> <li>- Orientar a importância da comunicação e notificação do erro;</li> <li>- Criar instrumentos para detectar os eventos adversos;</li> <li>- Construir um sistema de registro de incidentes dentro das equipes;</li> <li>- Orientar a importância de uma cultura positiva para o incentivo à notificação;</li> <li>- Promover rodas de conversa sobre as experiências de quase-erro e dos eventos adversos;</li> <li>- Propiciar o aprendizado organizacional a partir da ocorrência dos incidentes, por meio de treinamento, orientações e rodas de conversa;</li> <li>- Premiar as organizações que incluem na sua prática a identificação, notificação, avaliação e implementação de medidas de correção dos riscos relacionados aos incidentes.</li> </ul>

FONTE: A autora (2018).

No processo de validação das estratégias, foram relatadas a importância da segurança do paciente na APS e a ampliação do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS). O APSUS é um programa do governo do Estado do Paraná que visa instituir uma nova lógica para a organização, estreitar as relações entre o Estado e os Municípios e a fortalecer as capacidades de assistência e de gestão.

No encontro, foram comentados vários itens pertinentes aos problemas encontrados nessa dissertação, mas o que chamou atenção foram os debates sobre alguns manuais que o Paraná tem para o fortalecimento da segurança do paciente na APS, a necessidade de monitoramento das estratégias, a importância da notificação dos eventos adversos, a revisão do fluxo de trabalho, para entender por que os

eventos adversos não são visualizados neste cenário após sua ocorrência e para a importância da solicitação e análise dos exames laboratoriais ou de imagem, de acordo com cada categoria profissional.

Os profissionais expuseram que na APS existem discussões referentes à temática segurança do paciente, mas acreditam que não haja clareza dos profissionais que estão inseridos neste local e apontaram a necessidade de ampliação dos conhecimentos sobre o assunto, principalmente dos gestores, para melhoria da qualidade no serviço.

Os exames laboratoriais ou de imagem não realizados quando necessário, tendo surgido o questionamento sobre a razão de esses exames não serem solicitados/feitos. Opinou-se pelo uso irracional de solicitações, que, às vezes, pela falta de comunicação interdisciplinar, os profissionais de categorias diferentes solicitam o mesmo exame ou pelas dificuldades aparentes na estrutura e nos recursos financeiros. Sabe-se que existem protocolos específicos para a solicitação de exames na APS, mas a inquietação é saber se eles estão atualizados, se os profissionais sabem da existência e se estão utilizando aqueles que estão disponíveis. Também foi relatada a necessidade de esclarecimento dos profissionais para a utilização de recursos já existentes no sistema, como, por exemplo, a alimentação correta do sistema eletrônico.

Outro componente comentado foi a necessidade de monitoramento contínuo das estratégias. Relatou-se que isso pode ocorrer pela construção de indicadores e sua avaliação. A partir disso, pode-se fazer a modelagem das estratégias para identificar se surgiram efeitos positivos para o determinado problema. A comunicação foi elencada como um dos principais problemas que geram interfaces em todas as estratégias, principalmente no que tange à referência e contrarreferência. Desta forma, acredita-se que consolidar, monitorar e ampliar a referência e a contrarreferência são ações pertinentes para este problema.

Abordou-se a ocorrência dos eventos adversos no sentido de que, muitas vezes, eles são visualizados apenas em outros serviços de saúde, não na APS. A integração do sistema, a devolutiva do problema e a promoção de discussões podem ser uma saída para esta causa. Com isso, a ideia de estabelecer um sistema de notificação da Anvisa e delegar ao núcleo de segurança do paciente o monitoramento dos eventos adversos propicia o debate daquele erro, mas, quando o cenário de saúde não tem o núcleo, como no caso da APS, há dificuldades de fazer essa ligação.

Comentou-se também a importância de proporcionar a intersectorialidade na RAS para facilitar a comunicação com as outras instituições e promover debates que propiciem a melhoria da segurança do usuário e comunidade.

Também foi destacado o entendimento dos profissionais sobre os tipos de incidentes e eventos adversos. Sabe-se que a ampliação do conhecimento sobre os eventos fortalece a melhoria da segurança na APS, pois a ocorrência do erro deve ser propagada para progresso do processo, ou seja, utilizar a ação como aprendizado. Com relação ao fluxo de trabalho, foi comentado que os profissionais tendem a culpar o usuário por chegar à unidade de saúde cedo e ficar na fila para receber atendimento. Com isso, destacou-se a importância da revisão do fluxo de trabalho, pois se entende que não há necessidade de promover maior fluxo de atendimento no período da manhã, uma vez que as unidades de saúde em Curitiba funcionam de onze a doze horas por dia, promovendo, a divisão dos atendimentos, demanda nos demais horários.

Com essa discussão no momento da validação de conteúdo, optou-se por adaptar as estratégias elencadas anteriormente. Com isso, criou-se um quadro exclusivo para cada estratégia (genéricas e específicas) e também não nominar os níveis de responsabilidade e decisão entre as estratégias, pois entende-se que as melhorias podem ser executadas por todos. Considera-se que a união das estratégias facilitará o desempenho do gestor e da equipe de enfermagem em realizar as ações. O QUADRO 13 ilustra as estratégias genéricas elencadas pela pesquisadora com base no debate realizado na validação do conteúdo, conforme explicado no item 5.8 desta dissertação.

QUADRO 13 - ESTRATÉGIAS GENÉRICAS PARA A MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS

(continua)

ESTRATÉGIAS GENÉRICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Priorizar a segurança do usuário acima de metas financeiras e operacionais;</li> <li>- Proporcionar interação entre os profissionais para que assumam responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;</li> <li>- Adotar a utilização do instrumento de notificação dos eventos adversos proposto pela ANVISA;</li> <li>- Realizar debates sobre determinados eventos adversos ocorridos na APS para promover a reflexão dos profissionais;</li> <li>- Criar indicadores dos eventos adversos que ocorrem nas respectivas unidades;</li> <li>- Elaborar estratégias de monitoramento e avaliação a partir dos indicadores;</li> <li>- Realizar o gerenciamento dos equipamentos mantendo as condições de seleção, aquisição, armazenamento, instalação, funcionamento, distribuição e descarte;</li> </ul>

QUADRO 13 - ESTRATÉGIAS GENÉRICAS PARA A MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS

(conclusão)

ESTRATÉGIAS GENÉRICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar e adotar protocolos existentes para cada categoria profissional atuante na APS no que se refere a prática de solicitação e análise de exames de imagem e laboratorial;</li> <li>- Capacitar os profissionais atuantes na APS para a solicitação de exames e análise de resultados, de acordo com a Lei do exercício profissional de cada categoria;</li> <li>- Introduzir alertas de segurança nas aplicações da informática nos registros;</li> <li>- Orientar os profissionais da APS para registrar no prontuário as orientações verbais ou telefônicas;</li> <li>- Construir um sistema de registro dos incidentes e eventos adversos dentro das equipes;</li> <li>- Incentivar a equipe na APS a notificação dos incidentes e eventos adversos;</li> <li>- Monitorar o dimensionamento de cada categoria profissional;</li> <li>- Remanejar os profissionais entre as unidades, conforme a disponibilidade e necessidade a partir do dimensionamento realizado;</li> <li>- Prover recursos humanos quando necessário;</li> <li>- Rever processo e fluxo de trabalho;</li> <li>- Promover reunião para debate sobre o processo de gestão com gestor, funcionários, conselho local de saúde e comunidade com intuito de promover melhorias para o serviço;</li> <li>- Identificar os problemas existentes com o fluxo de trabalho, por meio de uma comissão multiprofissional para promover debates e ações de melhorias nas respectivas unidades;</li> <li>- Promover campanha de comunicação social sobre segurança do paciente na APS, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade;</li> <li>- Consolidar, monitorar e avaliar o plano de gestão para a Segurança do Paciente na APS;</li> <li>- Utilizar anualmente o instrumento "Auto avaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AMAQ)", criado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), para identificar os problemas e propor melhorias para a segurança do paciente;</li> </ul>

FONTE: A autora (2018).

E para finalizar, o QUADRO 14 ilustra as estratégias específicas elencadas pela pesquisadora segundo sugestões advindas da reunião com o grupo de validação de conteúdo.

QUADRO 14 - ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS PARA A MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS

(continua)

ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituir o núcleo de segurança do paciente na APS no município;</li> <li>- Verificar sistematicamente a identidade dos pacientes, cruzando mais do que um dado de identificação (ex: nome, data de nascimento e nome da mãe), encorajando o paciente a participar ativamente no processo;</li> <li>- Implementar medidas de monitoramento para vigilância epidemiológica dos eventos adversos;</li> <li>- Promover rodas de conversa sobre as experiências, partilha e discussão dos eventos adversos dentro das equipes;</li> <li>- Realizar a vigilância, monitoramento e a notificação dos eventos adversos;</li> <li>- Orientar a importância da cultura positiva, comunicação e notificação dos incidentes e eventos adversos;</li> </ul>

QUADRO 14 - ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS PARA A MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS

(conclusão)

- Orientar a importância da cultura positiva, comunicação e notificação dos incidentes e eventos adversos;
- Propiciar o aprendizado organizacional a partir da ocorrência dos eventos adversos, por meio de treinamento, orientações e rodas de conversa;
- Consolidar, ampliar e monitorar o sistema de referência e contrarreferência;
- Fornecer informações claras e escritas sempre que possível às outras instituições de saúde, por meio de referência e contrarreferência, prontuário, ou da informação verbal;
- Orientar as equipes sobre a importância da informação clara e precisa;
- Premiar as organizações que incluam na sua prática a identificação, notificação, avaliação e implementação de medidas de correção dos eventos adversos.

FONTE: A autora (2018).



## 6 DISCUSSÃO

Consolidar a cultura positiva para promover a segurança do usuário na APS é o maior desafio das organizações de saúde. Para isso, destaca-se a importância do enfermeiro para assistência segura. (GALHARDI et al., 2018), pois é este profissional que desenvolve a interlocução entre o sistema de saúde e o usuário, estando, atualmente, em posição de destaque. (SILVA-BATALHA, MELLEIRO, 2015). Isso reforça a relevância de aprimorar os estudos sobre a cultura de segurança do paciente e o gerenciamento de risco com a participação desta categoria sob ótica da APS.

Sabe-se que a implementação de um sistema de gerenciamento de risco favorece a cultura de segurança do paciente, pois pode trazer inúmeros benefícios às organizações. Com a adoção de práticas seguras, pressupõe mudanças individuais, coletivas e organizacionais, minimizando então a ocorrências de incidentes e eventos adversos. (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013).

Entende-se o gerenciamento de risco em saúde como uma ação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação, controle e monitoramento de riscos e eventos adversos. Diante desse contexto, nota-se a importância do enfermeiro nessa ação, pois é este profissional que está mais envolvido no gerenciamento e segurança do paciente. (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO, 2010).

A atuação do enfermeiro na APS vem se consolidando como um instrumento de mudança nas práticas de atenção à saúde no SUS. Compreende-se que a proposta assistencial neste cenário não está centrada apenas na clínica da cura, mas também na integralidade do cuidado, na intervenção aos fatores de risco, na segurança do usuário, na prevenção e promoção da saúde. (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

Além da atuação do enfermeiro, a ênfase da segurança do paciente é o trabalho com a equipe multiprofissional. Compreende-se que o trabalho em equipe significa atuar com diferentes pessoas, habilidades e conhecimentos para a gestão do problema em comum, que é proporcionar o melhor cuidado ao paciente, mas para as equipes trabalharem nessa forma, todos os membros devem compreender as habilidades e potencialidades de cada um dos seus colegas, com isso, nota-se a importância da comunicação. (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Com isso, a comunicação é considerada como um determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados. As diferenças hierárquicas, poder e

conflitos no trabalho e a diversidade na formação profissional tem influenciado diretamente na assistência. Existem alguns fatores que são essenciais para o desenvolvimento da comunicação efetiva, que são: contato dos olhos, escuta ativa, conformação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos da equipe, discussão das informações importantes e consciência situacional. (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Na APS a comunicação está relacionada com as RAS. As principais características das RAS estão direcionadas pela formação de relação horizontal entres os pontos de atenção, deixando a APS como o centro de comunicação com todas as redes, mantendo a centralidade das necessidades de saúde da população, a responsabilidade da atenção continua e integral, o cuidado multiprofissional que promova os resultados sanitários e econômicos. (BRASIL, 2014b)

No presente estudo, no que se refere à avaliação da cultura de segurança, os itens que ficaram em evidência foram: problemas com equipamentos, exames, prontuário, quantitativo profissional, pressa, fluxo de trabalho, decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não para o paciente, quantidade x qualidade, troca de informações com outras instituições, e os profissionais acreditando que os erros podem ser usados contra si. Todos esses itens são considerados desafiadores nas práticas assistenciais na APS.

No que se refere aos equipamentos, a Política de Monitoramento e Avaliação da APS instituiu a autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (AMAQ) para avaliar os equipamentos e a infraestrutura, que são indispensáveis para o cuidado com qualidade neste nível de atenção. (MOREIRA et al., 2017). A implementação de uma estrutura qualificada na APS indica melhores resultados, o que demonstra mais eficiência, menor custo e satisfação da população. (FIGUEIREDO et al., 2017). Dessa forma, a disponibilidade de materiais e equipamentos é essencial para as ações em saúde e de fundamental importância para oferecer um cuidado seguro. (MOREIRA et al., 2017).

Pesquisa realizada em 2014 na APS em Minas Gerais ilustra que as situações que apresentam maior fragilidade são: disponibilidade de linha telefônica e equipamentos de informática com acesso à internet, veículo oficial para deslocamento, materiais e equipamentos para a assistência inicial nas situações de urgência e emergência e inadequação das unidades para atender portadores de deficiência, analfabetos e idosos. (MOREIRA et al., 2017).

Sabe-se que os aspectos estruturais devem ser valorizados na APS. Estudos mostram que as deficiências estruturais causam repercussão negativa, principalmente aos profissionais de saúde, pois limitam as potencialidades de ampliação de cuidado, fazendo com que o trabalho fique desfavorável. Mostram também a predominância da avaliação negativa na ESF, pois a escassez de recursos materiais e de equipamentos que não funcionam interfere na continuidade de uma assistência segura. (OLIVEIRA JUNIOR et al., 2013; MOREIRA et al., 2017).

Com relação aos exames, entende-se que o sistema de apoio diagnóstico tem importância para a prestação de cuidados com resolubilidade, qualidade e segurança, sendo considerado um problema na APS, devendo ser feitas a reorganização e a racionalização da utilização destes recursos. Isso requer que o seu uso seja feito de forma consciente e indicação adequada. (FIGUEIREDO et al., 2017). Assim, a solicitação abusiva de exames complementares gera dificuldades no acesso ao usuário, pois causa acúmulo de exames, retarda os resultados mais urgentes e aumenta os custos. (TONELLI; LANA, 2017).

Pesquisa referente à satisfação do usuário com a APS mostra a fragilidade na baixa densidade tecnológica na prestação dos cuidados, principalmente no que tange ao despreparo profissional com relação ao acolhimento. Os participantes relatam que os médicos não solicitam exames de que os usuários necessitam e não os encaminham para outro serviço. Comentam também ausência de respostas aos seus questionamentos, uma vez que os profissionais não procuram fazer uma análise completa, mas, sim, apenas receitar medicações. (GOMIDE, et al, 2018).

No âmbito da APS, os exames mais solicitados são os laboratoriais, tais como hemograma, glicemia, parasitológico de fezes, urocultura, teste rápido para HIV e Beta-HCG. (TONELLI; LANA, 2017). Diante deste contexto, a PNAB relata que uma das atribuições do enfermeiro é solicitar exames complementares conforme as instruções normativas de seus municípios, protocolos instituídos pelos MS e Resolução Cofen nº 195/97. (BRASIL, 2017d; COREN/RO, 1997). Pode-se considerar que esta ação auxilia a superação do modelo médico-centrado, em que se enfatiza a melhoria da qualidade do cuidado. (KAHL et al., 2018).

De acordo com a Instrução Normativa 01 da Secretaria Municipal de Curitiba de 2018, todos os exames citados anteriormente podem ser solicitados pelos enfermeiros. Esta ação foi uma conquista vantajosa para os enfermeiros e pacientes, pois este profissional poderá atuar com mais liberdade, proporcionando atendimento

com qualidade e segurança, uma vez que irá acompanhar todo o processo de cuidado e também proporcionará mais acesso de atendimento aos usuários. (NETO XIMENES et al., 2007).

No que se refere à troca de informações no prontuário do usuário, evidencia-se um importante comprometimento da segurança do paciente ao identificar que os enfermeiros apontaram a ocorrência diária do uso de prontuário/registro de outro paciente. Sabe-se que a identificação do paciente é uma das metas internacionais descritas pelo *World Health Organization* (WHO) para prevenir o dano. (WHO, 2017b).

É importante salientar que, inicialmente, a redação dos registros nos prontuários foi consagrada pela institucionalização da medicina científica por Hipócrates de Cós, no século V a.C., mas, após este marco, outro nome precursor dos registros foi Florence Nightingale, pois durante os cuidados dos soldados feridos na Guerra da Crimeia era fundamental que se anotassem as ações para que se pudesse continuar, comparar e observar a evolução dos cuidados. (PINTO, 2006; RODRIGUES et al., 2017).

Na APS, o registro em prontuário apresenta grandes desafios, pois é o local que deve conter informações pertinentes referentes à situação de saúde do usuário. (RODRIGUES et al., 2017). A PNAB ressalta que todos os profissionais devem garantir a qualidade do registro das atividades no Sistema de Informação de Atenção Básica. (BRASIL, 2017d). Diante deste contexto, a correta identificação do paciente em registro de saúde ou prontuário – manual ou em sistemas eletrônicos – também é questão crítica de segurança, uma vez que o compartilhamento e a integração dos dados do paciente dependem de acurada recuperação e combinação das variáveis existentes no prontuário. (ALVES et al., 2018).

O estudo trouxe a ocorrência de quantitativo baixo de profissionais da enfermagem na APS. Uma pesquisa apontou que existe um consenso entre gerentes e trabalhadores da saúde na gestão de recursos humanos. Entende-se que este problema afeta a qualidade dos serviços em saúde e a satisfação do usuário. Compreende-se que o reconhecimento dos recursos humanos de saúde é elemento crítico para alcançar a finalidade e os objetivos das organizações. (SILVA; PEDUZZI, 2006).

Um estudo conduzido por Galhardi (2017), que avalia a segurança do paciente na APS, mostra que 60% dos profissionais discordaram que a quantidade profissional é suficiente para atender os usuários. Sabe-se que este fator interfere na segurança

do paciente, uma vez que o número insuficiente de profissionais é considerado um dos maiores obstáculos na APS. No gerenciamento, a força de trabalho tem alta relevância nas discussões por ser uma questão que surge na institucionalização do SUS, pois está em conjunto com a descentralização, o financiamento e o controle social em um aspecto fundamental para a execução do sistema de saúde seguro. (BONFIM et al., 2012).

O dimensionamento do pessoal de enfermagem é entendido como a etapa inicial do processo de abastecimento profissional. Sua finalidade é propor a previsão da quantidade de funcionários por categoria solicitada para suprir as necessidades da assistência de enfermagem aos pacientes. (KURCGANT, 2016). Ao discutir esta temática, podem-se elaborar propostas adequadas de melhoria de trabalho (ZOPI, 2016). Neste sentido, quando esta ação é debatida, deve-se considerar que seu planejamento não é somente um processo técnico, mas também ético-político que se relaciona com a segurança do usuário. (BONFIM et al., 2012).

Em 1996, o Cofen publicou a Resolução 189/96, que estabeleceu parâmetros de dimensionamento do quadro profissional de enfermagem. No ano de 2017, ela foi atualizada pela Resolução Cofen nº 0543/2017. Nesta atualização, está o dimensionamento na APS. O método utilizado é uma adaptação do *Workload Indicators of Staffing Need* (WISN), proposto pela OMS em 2010. O WISN é uma ferramenta que permite quantificar o número de profissionais de uma determinada categoria para atender as necessidades de cuidado de uma unidade de saúde. O objetivo do WISN é fornecer apoio aos enfermeiros para o dimensionamento na APS de acordo com o perfil do território e a proposta assistencial de saúde de cada unidade. (BONFIM et al., 2017).

Diante deste contexto, outro resultado relevante encontrado nesta pesquisa foi o sentimento de pressa ao atender os pacientes. Nota-se que este item interage com o do dimensionamento profissional, uma vez que se a unidade tem o quantitativo de enfermeiros baixo nas equipes, supostamente os profissionais se sentirão apressados para atender a demanda do serviço.

Em estudo feito por Galhardi (2017), a dimensão da pressão e do ritmo de trabalho ilustrou que 48% dos profissionais entrevistados relatam que se sentem apressados ao atender os usuários. Já em uma pesquisa feita por Marcelino (2016), a mesma dimensão apresentou necessidade de melhoria, pois 48% das respostas desde item foram negativas. Como evidenciado nesse estudo, 43,5% (n=10) dos

profissionais da UBS e 50% (n=10) da ESF responderam negativamente a este item, pois também se sentem apressados quando fazem seus atendimentos.

Já no item que se refere ao fluxo de trabalho, para efetivar todos os pressupostos que a APS propõe, o processo de trabalho em saúde deve atender um conjunto de ações coordenadas e orientadas, de caráter individual e coletivo, desde a promoção até a reabilitação de saúde, com o intuito de modificar a situação de saúde da população. Neste sentido, a gestão dos serviços deve assumir uma ação estratégica para a consolidação do fluxo de trabalho como foco na reorientação do modelo de saúde, baseando-se nas necessidades da comunidade. Entende-se que o serviço prestado pelas equipes depende diretamente de um suporte administrativo, estrutura adequada e organização dos princípios do SUS. (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Estudo feito por Gomide et al. (2018) traz que as principais fragilidades na APS com relação ao fluxo de trabalho é que os usuários não conseguem marcar consultas médicas, reclamam do não atendimento à demanda, pois os próprios profissionais orientam aos pacientes a procurar a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Nesta pesquisa, pode-se analisar que na ESF, 70% (n=14), e na UBS, 78,2% (n=18) dos participantes referem que há problemas com o fluxo de trabalho. Desta forma, observa-se que este problema pode ser um fator perturbador para a segurança do usuário, uma vez que poderá prejudicar a concentração do profissional. Isso pode ser determinante para a ocorrência de erros, pois a carga cognitiva do trabalhador é influenciada pelo impacto na assistência, visto a memória humana ter limitações, o que dificulta a assimilação simultânea de múltiplas informações. (MONTEIRO; AVELAR; PEDREIRA, 2015).

O enfermeiro na APS desenvolve constantemente diversas atividades e necessita aprimorar mecanismos cognitivos que permitam manter o foco de atenção no raciocínio clínico nos cuidados de saúde. Desta forma, é importante salientar que a segurança do paciente é resultado da qualidade das interações entre todos os componentes da organização de saúde. Com isso, para alcançar bons resultados, é fundamental desenvolver ambiente e processo de trabalho na enfermagem organizado com base na avaliação da cultura de segurança e organização do serviço, para que os princípios dos atendimentos se direcionem às necessidades dos usuários e de seus familiares. (MONTEIRO; AVELAR; PEDREIRA, 2015).

No item que se refere aos gestores, 43,7% (n=7) da ESF relatam que os gestores tomam as decisões baseadas no que é melhor para o serviço, não para o paciente. Já na UBS esse item foi menos expressivo, pois 26,7% (n=4) concordam com essa alternativa.

O gestor público na APS, para garantir o atendimento de saúde com qualidade e segurança, encontra uma prática de alta complexidade, o que resulta em grandes desafios cotidianos, tais como garantir a universalidade e equidade, possibilitar a participação popular e de profissionais nos processos de organização da produção, executar os cuidados de saúde e lidar com a integralidade das ações, formando a interação de trabalho, gerenciando conflitos e proporcionando assistência adequada aos usuários. (FERREIRA; SOUZA; ANDRADE, 2016).

Entende-se que a gestão do SUS e a atuação profissional no atendimento primário configuram-se como elementos prioritários para a efetividade do sistema de saúde. Isso ocorre pelo seu papel como agente transformador e por possibilitar vínculos que trazem a participação e o comprometimento mútuo. (FERREIRA; SOUZA; ANDRADE, 2016).

Enfermeiros atuando como gestores na APS é uma prática frequente no Brasil. Considera-se o gerenciamento de enfermagem neste cenário como elemento estratégico, pois colabora com a organização do processo de trabalho e proporciona mais qualidade e segurança na assistência integral à saúde. Sabe-se que o SUS é um sistema democrático e que as mudanças na prática gerencial precisam ser favorecidas. Neste sentido, há necessidade de reconstruir os modelos de gestão e com isso surgem novas abordagens gerenciais, tais como a gerência participativa e a criação de programas de qualidade que priorizam a descentralização das decisões e a aproximação de toda a equipe de trabalho. Isso favorecerá as discussões relacionadas ao cuidado e aperfeiçoará a segurança do paciente na APS. (SILVA, 2012).

Nesta lógica, o estudo evidenciou ocorrência elevada de negativismo para o item que refere que a quantidade é mais importante do que a qualidade, pois os enfermeiros, 30,4% (n=7) da UBS e 30% (n=6) da ESF, concordam com esse questionamento. É importante salientar que o acesso e acolhimento se articulam com a implementação de práticas seguras na APS. Com a expansão e a estruturação da oferta de serviço, os debates referentes aos itens citados ganharam nuances qualitativas. No que se refere às análises e alternativas de soluções para o problema



de acesso, com base na quantidade, principalmente no que tange ao número de atendimento e rendimento profissional, a questão norteadora deste problema não se restringe a quantas portas de entrada o serviço dispõe, mas a interrogá-las na sua qualidade e segurança. (SOUZA et al., 2008).

Para analisar os aspectos relacionados à qualidade na APS, existe um instrumento nomeado como Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AMAQ), criado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), pela Portaria nº 1654/2011. Dessa forma, espera-se que, por meio de uma autoanálise, os integrantes das unidades de saúde avancem na autogestão, na identificação dos problemas e na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria e a segurança dos serviços, das relações profissionais com o usuário e dos processos de trabalho na APS. (MOREIRA; VIEIRA; COSTA, 2016).

Com isso, a gestão em saúde, quando fundamentada e qualificada, deve formular o resgate da relação interpessoal entre profissionais de saúde e usuário, remuneração, qualificação e capacitação, proporcionando participação ativa de todos os envolvidos no cuidado para a pactuação de metas, parâmetros de qualidade e segurança. (MOREIRA; VIEIRA; COSTA, 2016). Diante deste contexto, o cuidado de saúde seguro precisa ser planejado, considerando as demandas e serviços que devem estar preparados para tratar as necessidades do usuário, mas compreendendo seus significados e os sujeitos envolvidos no processo de produção e consumo de saúde. (GOMIDE et al., 2018).

No que se refere à troca de informação completa, precisa e pontual no âmbito da APS, o estudo revelou predominância deste problema na UBS, pois 26,1% (n=6) relataram que tiveram vários problemas nos últimos 12 meses com o laboratório; 21,7% (n=5) tiveram um ou dois problemas nos últimos 12 meses com outros serviços de saúde das RAS; e 26,1% (n=6) responderam que tiveram vários problemas nos últimos 12 meses com a farmácia. Já na ESF, os resultados foram 45% (n=9) com um ou dois problemas nos últimos 12 meses com outros serviços de saúde das RAS e 35% (n=7) disseram que tiveram um ou dois problemas nos últimos 12 meses com o laboratório.

Uma pesquisa feita na Noruega retrata as barreiras encontradas na comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, principalmente no que se diz respeito à troca de informações e incentivos econômicos, pois pode acarretar



cuidados inseguros e ineficazes para os usuários. Sabe-se que a comunicação entre as organizações de saúde é identificada como forma de melhorar a eficiência e a eficácia organizacional, bem como proporcionar atendimento qualificado e seguro aos pacientes. (LA ROCCA; HOHOLM, 2017).

No Brasil, a alta demanda de atendimento está relacionada aos diversos desafios na coordenação encontrados na APS com os outros pontos de atenção da rede, que são: problemas em realizar a referência e contrarreferência dos pacientes e a pouca comunicação entre os profissionais de saúde, principalmente no que diz respeito à conduta e aos registros clínicos dos pacientes. (TONELLI; LANA, 2017). Sabe-se que os estudos referentes à segurança do paciente vêm se aprimorando. Sendo assim, verificou-se que a maioria dos erros e das falhas na saúde decorrem do processo de comunicação, sendo necessário fortalecer este pilar para um processo do cuidado seguro. (WEGNER et al., 2016).

Entende-se a comunicação como o alicerce das relações interpessoais, sendo fundamental para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Sua falha pode resultar em diversos prejuízos, entre eles o comprometimento da segurança do paciente. Desta forma, uma comunicação ineficiente tem inúmeros consequências negativas para todos os envolvidos no processo de saúde, principalmente no que se refere à continuidade do cuidado, pois é uma ação que pode influenciar nas decisões atuais e, supostamente, acarretar ocorrência de eventos adversos. Além disso, a má comunicação causa, com frequência, vários tipos de atraso na APS como erros de medicação, aumento da polifarmácia, encaminhamento inadequado, diagnóstico e tratamento inconsistente. (VERMEIR et al., 2015).

Outro resultado que chamou atenção nessa pesquisa foi que os profissionais acreditam que os erros podem ser usados contra si. Observou-se que 45% (n=9) profissionais relatam que esta ocorrência acontece sempre na ESF, já na UBS, 26,1% (n=6) comentam que quase sempre e 26,1% (n=6) referem que sempre.

Uma pesquisa feita em São Paulo, no ano de 2016 e 2017, ilustrou que 49% dos participantes também responderam que “sempre” ou “quase sempre” os erros podem ser usados contra si, mostrando uma percepção negativa sobre a punição do erro. Isso realça que a cultura do medo ainda está presente. (GALHARDI et al., 2018).

Sabe-se que a comunicação do erro e sua notificação são atitudes consideradas positivas e importantes para o desenvolvimento da cultura de segurança nas organizações de saúde. Pode-se considerar que, na medida em que os eventos

adversos são registrados, haverá chance de corrigir e evitar novas ocorrências, transformando-as em ações educativas. Na APS, é imprescindível a presença da cultura não punitiva com a aplicação de uma abordagem sistêmica ao erro. Sendo assim, a concepção do erro como algo coletivo pode ser mostrado como um avanço na mudança cultural. (WEGNER et al., 2016).

O Estado do Paraná em 2017 aprimorou a segurança do paciente na APS por meio de dois manuais operativos, que são: Selo Prata e Bronze. O Selo Prata tem como objetivo aperfeiçoar as ações profissionais desenvolvidas e gerenciar os processos de trabalho, agregando valor aos cidadãos. O Selo Bronze visa a garantir a segurança do cidadão e da equipe. Este manual propõe uma tutoria com os profissionais das unidades de saúde para que proporcionem uma atenção à saúde segura, eficiente e efetiva. No mesmo ano, 124 Unidades de Saúde receberam o Selo de Qualidade Bronze e cinco, o Selo Prata. Isso promoveu reflexão entre equipes e gestão municipal sobre o processo de trabalho, a segurança do paciente e o papel da APS. Essa ação despertou o potencial dos profissionais que ampliaram seus conhecimentos em relação aos serviços, protocolos, rotinas e fluxos e melhorou a integração entre os próprios profissionais da UBS, promovendo um trabalho em conjunto com a equipe multiprofissional. Em Curitiba, no ano de 2018, participam dessa ação 21 unidades, e o objetivo foi ampliar para todo o município. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2018).

O referencial teórico deste trabalho é a teoria do desenvolvimento organizacional. Esta teoria está diretamente relacionada com a cultura de segurança na APS, pois a dinamicidade desse cenário necessita de adaptações para impulsionar o bom desempenho organizacional e a segurança do usuário. (TRAESSEL et al., 2014).

Sabe-se que essa teoria oferta ações que transformam a cultura de segurança e melhoram o clima organizacional com base num estudo minucioso da organização e dos seus profissionais. São utilizadas ações tecnológicas, sociais e gerencias para proporcionar mecanismos de mudança, neste aspecto, propõe-se redistribuição de poder pelo comprometimento das equipes, confiança mútua e segurança pessoal. Mas, para que isso ocorra de maneira gradativa, há necessidade de debater os conflitos, planejar as estratégias, executar ações, avaliar e remodelar o que for preciso. (CHIAVENATO, 2004). No âmbito do SUS, o planejamento em saúde envolve a atuação integrada das três esferas federativas (União, Estado e Município) para

que as ações governamentais efetivem a organização do trabalho, por meio das definições das funções e façam a alocação dos recursos. (BRASIL, 2016).

Neste contexto, para proporcionar a cultura de segurança do paciente na APS, é necessária uma vigilância constante de três aspectos essenciais para a promoção da segurança do usuário, que são: planejamento da segurança, ciclo de melhoria e monitoramento. Entende-se que, em qualquer organização de saúde, há possibilidades de falhas. Considera-se que a assistência prestada ao ser humano apresenta elevação da ocorrência de danos aos pacientes, com isso, a segurança do paciente na APS é um fator importante para o desenvolvimento da cultura, pois é um cenário dinâmico que configura o trabalho multiprofissional, então, a realidade dos erros não deve ser ignorada. (MATOS; HENRIQUES; RODRIGUES, 2015).

Compreende-se que as organizações de saúde devem focar na qualidade dos serviços, pois os pacientes questionam cada vez mais a satisfação das suas necessidades de saúde, do cuidado e do atendimento com segurança. Na APS, isso acontece devido ao processo organizacional que acompanha as transformações da sociedade, sendo a gestão em saúde enfatizada como um importante alicerce para operacionalizar a construção de um modelo de atenção mais qualificado, mas para que isso ocorra, é necessário o envolvimento de todos os trabalhadores no processo de gerenciamento, com vistas ao alcance de resultados positivos. (PAIVA et al., 2010).

Na APS, a cultura de segurança é entendida como compartilhamento de valores, atitudes e comportamentos de todos os funcionários de uma determinada unidade de saúde, com ênfase na segurança sobre a eficiência do cuidado e melhoria da comunicação com o intuito de criar um sistema de saúde que aprenda com os erros e problemas para proporcionar melhoria de segurança do paciente neste nível de atenção. (VERBAKEL et al., 2014).

Diante desse contexto, entende-se a importância da enfermagem da APS nas ações de melhorias, pois o DO e essa classe trabalhista atuam em conjunto e isso se reflete na produtividade, na qualificação da assistência e na integralidade do cuidado. (LIMA, 2006). Sabe-se que a formação do enfermeiro para trabalhar no SUS deve ser composta por competências de caráter educativo, assistencial, administrativo e político, sendo engajado no compartilhamento de informações, no desencadeamento dos processos sociais, na integração das ações coletivas e na avaliação dos

resultados obtidos, visando à melhoria da qualidade e da segurança do paciente. (PAIVA et al., 2010).

A gestão da qualidade é uma forma de gerir a organização de maneira organizada, visto que qualquer local de saúde provém de grupo de pessoas que se unem para prestar o serviço, ou seja, para garantir a satisfação e prover saúde ao usuário. Isso ocorre por meio do processo de mudança organizacional que se baseia no compromisso, avaliação, educação e treinamento, sendo necessário o envolvimento de todos, principalmente da liderança. (LIMA, 2006).

Para o DO, a crescente complexidade das organizações está levando os líderes a trabalhar de maneira cooperativa e participativa. Acredita-se que, para melhoria da qualidade, haja necessidade de uma abordagem que ajude as pessoas a aprender como ocorre o processo de trabalho e alterar o pensamento da cultura punitiva para que mudanças que atendam melhor os pacientes possam ser promovidos. (LIMA, 2006).

No que tange às estratégias elencadas nesse trabalho, sabe-se que são ações essenciais para o fortalecimento da segurança do paciente na APS. Entende-se que elaborar ações de melhoria não é um processo simples ou isolado. Nessa pesquisa, houve necessidade de entender a complexidade do local e promover reflexão sobre as reais necessidades do serviço para poder promover segurança com qualidade. Diante deste aspecto, solicitou-se o auxílio do grupo de pesquisa para propiciar discussão, ampliar a compreensão e melhorar as estratégias que já haviam sido elencadas. Nota-se que as mesmas foram divididas em 21 estratégias genéricas e 12 específicas, totalizando 33. Diante de todas as estratégias sugeridas, destaca-se cinco estratégias que podem ser implementadas em curto prazo e que poderão impactar positivamente na segurança do usuário, que são: Proporcionar interação entre os profissionais para que assumam responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; Verificar sistematicamente a identidade dos pacientes, cruzando mais do que um dado de identificação (ex: nome, data de nascimento e nome da mãe), encorajando o paciente a participar ativamente no processo; Promover campanha de comunicação social sobre a segurança do paciente na APS, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade; Orientar a importância da cultura positiva, comunicação e notificação do evento adverso; e Proporcionar o aprendizado organizacional a partir da ocorrência dos eventos adversos, por meio de treinamento, orientações e rodas de

conversa. Compreende-se que essas estratégias poderão ser capazes de gerar mudanças, mas para que isso ocorra, devem ser feitos seu monitoramento, sua implementação, sua avaliação e sua remodelagem.

A OMS no ano de 2002, fomentou a necessidade de reduzir os riscos e danos evitáveis decorrente da assistência de saúde, então, recomendou a todos os países para que desenvolvessem estratégias para a promoção do cuidado seguro. No Brasil, para atender essa solicitação, o MS instituiu o PNSP com o intuito de melhorar a qualidade do cuidado. Isso aconteceu por meio da implementação de protocolos para a segurança do paciente que estão relacionadas com a identificação correta do paciente, melhorar a comunicação entre os profissionais, melhorar a segurança na prescrição, no uso e administração de medicação, assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto, higienizar as mãos e reduzir o risco de quedas e lesão por pressão. (REIS, et al., 2017).

Nota-se que estes protocolos são mais utilizados no ambiente hospitalar, pois é considerado um local com alta densidade tecnológico, mas isso não exime a utilização dos mesmos na APS, uma vez que os eventos adversos encontrados no hospital, podem ter sua causa inicial na APS. Compreende-se que por mais que este cenário seja estimado de baixa densidade tecnológica, é vista com alta complexidade, pois é a principal porta de entrada de atendimento das RAS, com isso, sabe-se que há uma adaptação destes protocolos na APS em prol da assistência segura. (REBRAENSP, 2013).

Diante desse contexto, observa-se a necessidade da implementação de estratégias de melhorias na APS. Entende-se que o objetivo dessa ação é reduzir, a um mínimo possível, os riscos desnecessários decorrente da assistência, mas para isso é essencial o fortalecimento de uma cultura de segurança positiva. Para conduzir essa ação é necessário a adoção de alguns aspectos importantes, que são: comunicação efetiva da promoção do desenvolvimento profissional, por meio da capacitação, do incentivo às práticas seguras e do feedback a partir das análises dos eventos. Nesse contexto, destaca-se a função do enfermeiro, pois é um profissional que lidera a maior equipe que presta assistência de saúde. (REIS, et al., 2017).

Na APS ainda não está claro quais efeitos das estratégias de segurança estão relacionados com a cultura de segurança do paciente. Nota-se que existem algumas propostas ilustradas na literatura, mas não há evidências da aplicabilidade das estratégias que, muitas vezes, são utilizadas no âmbito hospitalar, tendo apresentado

efeitos semelhantes nos cuidados primários. Sabe-se que a estrutura organizacional neste cenário é diferenciada, pois, além de fornecer cuidados terapêuticos, também cuida das ações preventivas e de diagnóstico, o que pode causar comportamentos diferentes na segurança. (VERBAKEL et al., 2014).

Entende-se que atuar na APS não é um processo fácil, pois é um local que apresenta ampla complexidade e baixa densidade tecnológica. Com isso, acredita-se que, quando o elo de confiança está conectado com todos os profissionais, os eventos adversos serão expostos mais claramente e, com isso, as organizações de saúde poderão intervir de maneira rápida e educativa, garantindo, assim, a cultura de segurança e uma assistência com qualidade e segurança.

Isso se reflete numa estratégia organizacional planejada, que acontece por meio do diagnóstico, intervenção e mudança, envolvendo alterações estruturais e comportamentais para a melhoria da eficiência e da eficácia das organizações de saúde. (MATOS; PIRES, 2006).

Com bases nas reflexões durante a construção desse projeto, relato que a qualidade da assistência está direcionada ao cuidado seguro, sendo, para isso, necessário o estabelecimento de uma cultura de segurança e a notificação dos eventos adversos. Sabe-se que a cultura está envolvida com o comprometimento do trabalhador, da instituição, do gestor e do usuário, principalmente na identificação das fragilidades que o serviço apresenta e no estabelecimento de um eixo norteador para o processo de cuidado efetivo e seguro. Isso vai além das ações cotidianas e do conhecimento das dificuldades, havendo necessidade de melhorar e ampliar os canais de comunicação e permitir a construção da confiança mútua entre todos os profissionais da APS, que são os principais fatores contribuintes em todos os problemas elencados por essa pesquisa.

## 7 CONCLUSÃO

Este trabalho favoreceu a resposta de diversas questões da pesquisadora. Observou-se que os estudos referentes à temática estão cada vez mais presentes no âmbito da APS, principalmente com a quantidade de instrumentos existentes para avaliar a cultura e o clima de segurança nos respectivos locais de saúde.

Com isso, o estudo ilustrou que, para a melhoria da segurança do paciente na APS, é necessário inicialmente reconhecer a importância da cultura de segurança neste cenário. No cômputo geral, nessa dissertação, notou-se que a avaliação global da segurança do paciente nas unidades de saúde foi considerada positiva segundo as percepções dos profissionais, pois nas UBS, 73,9% responderam a este questionamento como bom e nas unidades com ESF 50%, como muito bom, com apenas 20% de razoável.

Empreender essa pesquisa com base no desenvolvimento organizacional e na análise da cadeia causal possibilitou a identificação dos principais problemas que ocorrem na APS e interferem na segurança do usuário. Os problemas elencados foram aqueles que estão relacionados aos equipamentos, exames, prontuários, quantitativo profissional, pressão, fluxo de trabalho, gestão do serviço, à quantidade ser mais importante que a qualidade, à troca de informação e aos profissionais acreditam, que os erros podem ser usados contra si.

Com relação às seções do instrumento MOSPSC, analisou-se que a APS, na visão dos enfermeiros, as seções que proporcionaram maior índice de negação foram a E e C. A seção E apresentou 33% de respostas negativas e está relacionada com o apoio aos gestores/administradores/líderes. Já a seção C mostrou que 32% dos enfermeiros estão insatisfeitos. Nessa seção, os profissionais tiveram que responder a perguntas sobre como é trabalhar nas respectivas unidades. Com isso, observou-se que a ocorrência do erro ainda está associada à culpa e ao ambiente punitivo.

No que se refere às estratégias elencadas, foi um grande desafio para a pesquisa, pois a APS é a principal porta de entrada de atendimento dos serviços de saúde, sendo considerado um local de alta complexidade. O referencial teórico e metodológico proporcionou melhor compreensão dos problemas e se direcionou para a elaboração das estratégias genéricas e específicas.

Como limitação do estudo, aponta-se o desenvolvimento com apenas uma categoria profissional e um distrito sanitário de saúde, mas se considera como uma



etapa inicial para o aprimoramento da cultura de segurança em Curitiba, principalmente com o enfermeiro sendo protagonista das ações de melhoria. Observou-se a importância dessa classe profissional para a segurança do paciente na APS, uma vez que estes profissionais proporcionam interlocução entre a organização e o usuário, sendo, então, o eixo principal para o desenvolvimento de assistência qualificada e segura, estando comprometidos com o ser humano e a coletividade.

Acredita-se que essa pesquisa vá abrir leques de oportunidades que permitirão novas perspectivas de estudos, principalmente no que se refere à sensibilização de todos os profissionais atuantes na APS para a prática de segurança e para superar os desafios encontrados. Espera-se também que gestores possam refletir sobre a importância da discussão dos eventos adversos, pois, quando envolvem a equipe, é promovida uma reflexão sobre os fatos acontecidos e, em conjunto, podem ser propostas novas formas de evitar falhas, ou seja, pode ser proporcionado o aprendizado com a própria ocorrência do evento.

Por fim, conclui-se que, para o fortalecimento da cultura de segurança na APS, é necessário o aprimoramento do desenvolvimento organizacional para instituir estratégias de melhoria da qualidade e, conseqüentemente, promover redução dos eventos adversos neste cenário. Deseja-se que as estratégias sugeridas possam fortalecer as equipes de saúde para o desenvolvimento de uma assistência segura, provendo uma cultura de segurança não punitiva. Sugere-se também que estudos futuros possibilitem a implementação e a avaliação das estratégias de melhoria para que possamos ampliar os conhecimentos referentes à temática na APS.



## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n° 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe Sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 277, 28 de nov. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063\\_25\\_11\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html)>. Acesso em: 29 set. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução – RDC n° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 143, 26 de jul. 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em: 16 out. 2017.

AGUIAR, M. C. **Análise de causa raiz: levantamentos dos métodos e exemplificações**. 153 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da PUC-Rio, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/23437/23437.PDF>>. Acesso em: 23 out. 2017.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2018.

ALMEIDA, A. A. M. As organizações de saúde e o processo de aprendizagem da gestão. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 252-257, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/organizacoes\\_saude\\_processo\\_aprendizagem\\_gestao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/organizacoes_saude_processo_aprendizagem_gestao.pdf)>. Acesso em: 16 jan. 2018.

ALVES, K. Y. A. et al. Análise da segurança do paciente em ambientes de saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1043/256>>. Acesso em: 16 jul 2018.

ALVES, K. Y. A. et al. Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 1, p. 79-86, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n1/0103-2100-ape-31-01-0079.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 1, p. 161-172, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0161.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: *scoping review*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e 2721, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02721.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02721.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2017.

BARBOSA, M. A. et al. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/804/915>>. Acesso em: 01 nov.2017.

BECKHARD, R. H. **Desenvolvimento organizacional: estratégias e modelos**. São Paulo: Edgard Blücher, 1972.

BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde Debate**. v. 42, n. 117, p. 408-419, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n117/0103-1104-sdeb-42-117-0408.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.

BILHIM, J. A. F. **Teoria Organizacional: estruturas e pessoas**. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2011.

BONFIM, D. et al. Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 6, p. 1462-1470, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/25.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

BONFIM, D. et al. Parâmetros para Dimensionar os profissionais de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Anexo II**. p.1-19, 2017. Disponível em: <<content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-543-2017-ANEXO-II.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[https://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.pdf](https://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS: NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/nob.pdf>>. Acesso: 18 out. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **Humaniza SUS: Documento base para os gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)>. Acesso em: 5 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jul. 2011. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654\\_19\\_07\\_2011.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529/2013, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 de abr. 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf). Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo PMAQ para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf). Acesso em: 02 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento do SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2017a. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cade-rno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>>. Acesso em: 21 set. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Anvisa, 2017b. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>>. Acesso em: 29 set. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes**. Brasília: Anvisa, 2017c. Disponível em: [https://www.segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2017/08/GUIA\\_SEGURANA\\_PACIENTE\\_ATUALIZADA-1.pdf](https://www.segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2017/08/GUIA_SEGURANA_PACIENTE_ATUALIZADA-1.pdf). Acesso em: 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de set. 2017d. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 02 out. 2017.

BROWN, C. et al. An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 1. Conceptualizing and developing interventions. **Qual Saf Health Care**, v. 17, n.3, p.158-62, 2008. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.558.2827&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

CALDANA, G. et al. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-911, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf)>. Acesso em: 18 mai. 2017.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2017.

CARVALHO, M.N de. et al. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 1, p. 295-302, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0295.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

CARVALHO, R. E. F. L de. et al. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, e2849, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2849.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE RONDÔNIA (COREN/RO). Resolução COFEN-195/97- Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 de fev. 1997. Disponível em: <[http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-19597-dispoe-sobre-a-solicitacao-de-exames-de-rotina-e-complementares-por-enfermei\\_777.html](http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-19597-dispoe-sobre-a-solicitacao-de-exames-de-rotina-e-complementares-por-enfermei_777.html)>. Acesso em: 15 ago. 2017.

COSTA, V. T.; MEIRELLES, B. H. S. ERDMANN, A. L. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1-7, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt\\_0104-1169-rlae-21-05-1165.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1165.pdf). Acesso em: 10 fev. 2019.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**: uma visão abrangente da morde administração das organizações: edição compactada. 3.ed. rev. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CHIAVENATO, I. **Introdução geral da administração**. 9° ed. rev. Rio de Janeiro: Manole, 2014.

CRUZ, E. D. de A. et al. Safety culture among health professionals in a teaching Hospital. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 1, e50717, 2018. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/879967/50717-222541-1-pb.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

CURY, A. **Organização e métodos**: uma visão holística. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 2, n. 4, p. 1-13, 2008. Disponível em: <<http://rica.unibes.com.br/index.php/rica/article/download/243/234>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**. Milbank Mem Fund Q, v. 44, p.166-203, 1966.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

ERDMANN, A. L. et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidados. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, 467-471, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a16.pdf>>. Acesso em: 01 jan. 2018.



ESMAIL, A. Measuring and monitoring safety: a primary care perspective. **Thought paper**, 2013. Disponível em: < <https://www.health.org.uk/publications/measuring-and-monitoring-safety-a-primary-care-perspective>>. Acesso em: 02 out. 2017.

FERNANDO, F. S. L. et al. Segurança do paciente: análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 10, Supl. 2, p. 894-902, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11034/12429>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária a Saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, supl1, p. 752-757, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt\\_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf)>. Acesso: 20 jul. 2018.

FERREIRA, T. L. S.; SOUZA, D. R. S.; ANDRADE, F. B. Avaliação da gestão do trabalho com enfoque na atuação dos profissionais da atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 2, p. 99-114, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/10974/7848>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Maringá, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

FIGUEIREDO, M. F. S. et al. Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, v. 41, n. 114, P. 729-740, 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/asset/s/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0729.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0729.pdf)>. Acesso em: 08 nov. 2018.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate**, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0064.pdf>>. Acesso: 14 nov. 2018.

FLORÊS, G. M. S. et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0237.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.

FRANÇOLIN, L. et al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 2, p. 277-283, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103197/101604>>. Acesso em: 21 set. 2017.

GAAL, S.; VERSTAPPEN, W.; WENSING, M. Patient safety in primary care: a survey of general practitioners in the Netherlands. **BMC Health Serv Res**, v. 10, n. 21, p. 1-7, 2010. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-10-21?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>>. Acesso em: 01 out. 2017.

GALHARDI, N. M. **Avaliação da cultura de Segurança do Paciente na atenção primária à saúde**. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, 2017. Disponível em:

<[https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/9711/GALHARDI\\_Nathalia\\_2017.pdf?sequence=4](https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/9711/GALHARDI_Nathalia_2017.pdf?sequence=4)>. Acesso em: 20 dez. 2018.

GALHARDI, N. M. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 4, p. 409-416, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n4/1982-0194-ape-31-04-0409.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2018.

GOMES, J. F. Administração de recursos humanos e desenvolvimento organizacional. **R Adm Emp.**, v. 18, n. 4, p. 25-35, 1978. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v18n4/v18n4a02.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2017.

GOMIDE, M. F. S. et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 65, p. 387-398, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1807-5762-icse-1807-576220160633.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2018.

GONÇALVES FILHO, A. P.; ANDRADE, J. C. S.; MARINHO, M. M. O. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. **Gest. Prod**, São Carlos, v. 18, n.1, p. 205-220, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v18n1/15.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2017.

GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1061-1078, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/02.pdf>. Acesso: 10 ago. 2017.

HALL, Richard. **Organizações: estruturas e processos**. 3 ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1984. p.77.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.

HESKETH, J. L. Desenvolvimento organizacional: definições, objetivos e premissas. **Arq. bras. Psic. apl.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 31-46, 1977. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/17849>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE ROBEIRÃO PRETO. **Gerenciamento de riscos e segurança do paciente**. Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/510f0a460507f.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2019.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses.** Washington (DC): The National Academies Press, 2004. Disponível em: <[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216190/pdf/Bookshelf\\_NBK216190.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216190/pdf/Bookshelf_NBK216190.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **The future of nursing: leading change, advancing health.** Report Brief, 2010. Available in: <<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2010/The-Future-of-Nursing/Future%20of%20Nursing%202010%20Report%20Brief.pdf>>. Acess: 21 ago. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico.** 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/informacoes-por-cidade-e-estado.html?c=4106902>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

JORGE, M. S. B. et al. Gerenciamento em enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Rev Bras Enferm.**, v. 60, n. 1, p. 81-86, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a15v60n1.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

KAHL, C. et al. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, e03327, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/0080-6234-reeusp-52-e03327.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2018.

KIRK, S. et al. Patient Safety Culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. **BMJ Qual Saf**, v. 16, n. 4, p. 313-320, 2007. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/16/4/313.full.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

KRAEMER, Maria Elisabeth Pereira. **Avaliação da aprendizagem como construção do saber.** 2006.

LA ROCCA, A.; HOHOLM, T. Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives. **BMC Health Serv Res.**, v. 17, n. 149, p. 1-14, 2017. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2096-4>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

LEITE, N. R. P.; ALBUQUERQUE, L. G. A estratégia de gestão de pessoas como ferramenta do desenvolvimento organizacional. **Revista Ibero-Americana de Estratégia - RIAE**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 32-55, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3312/331227115003/>>. Acesso em: 02 jun. 2018.



LEMOS, G. C. et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.8, e2600, 2018. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600/1880>>. Acesso: 09 jun. 2018.

LIMA, M. B. B. P. B. **A Gestão da Qualidade e o Redesenho de Processos como Modelo de Desenvolvimento Organizacional em Hospitais Públicos Universitários: O Caso do Hospital de Clínicas da UNICAMP**. 176 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Mecânica) - Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2006.

MAKEHAM, M. et al. Methods and measures used in Primary Care patient safety research: results of a literature review. **World Health Organization**, p. 1-49, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/makeham\\_dovey\\_full.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf)>. Acesso em: 21 set. 2017.

MARCELINO, L. M. M. M. S. **Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários - ULS Guarda**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico) – Instituto Politecnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3177/1/LigiaMariaMartinsMonteiroSantosMarcelino%20DM.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

MARCHON, S. G. **A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde**. 78 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12823/1/136.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 9, p. 1-21, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/pt\\_0102-311X-csp-30-9-1815.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/pt_0102-311X-csp-30-9-1815.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2313-2330, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n11/0102311X-csp-31-11-2313.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2017.

MARQUES, M. Análise da cadeia causal da degradação dos recursos hídricos: proposta de modelo conceitual – projeto GIWA INEP/GEF. **ResearchGate**, v.2, 2002, Campo Grande. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/237601943\\_ANALISE\\_DA\\_CADEIA\\_CAUSAL\\_DA\\_DEGRADACAO\\_DOS\\_RECURSOS\\_HIDRICOS\\_PROPOSTA\\_DE\\_MODEL\\_O\\_CONCEITUAL\\_-\\_PROJETO\\_GIWA\\_UNEPGEF](https://www.researchgate.net/publication/237601943_ANALISE_DA_CADEIA_CAUSAL_DA_DEGRADACAO_DOS_RECURSOS_HIDRICOS_PROPOSTA_DE_MODEL_O_CONCEITUAL_-_PROJETO_GIWA_UNEPGEF). Acesso em: 03 out. 2017.

MATIELLO, R. D. C. et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. esp, p. 01-09, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45408/pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2017.

MATOS, J. C.; HENRIQUES, M. V. M; RODRIGUES, M. C. S. Cultura de segurança na atenção primária. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1-6, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/download/2892/2597/>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Belo Horizonte, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

MENDES, E.V. **Construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

MENDES, C. M. F. G. S.; BARROSO, F. F. M. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 197-205, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v32n2/v32n2a10.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospital in Brazil. **Int J Qual Health Care**. 2009; v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/279/1801452>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

MESQUITA, K. O. et al. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 01-08, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45665/28526>>. Acesso em: 01 out. 2017.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. **Estudio APEAS**: estudio sobre la seguridad de los pacientes em atención primaria de salud. Madrid: Ministério de sanidade y consumo, 2008. Disponível em: <[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2017.

MONTEIRO, C.; AVELAR, A. F. M.; PEDREIRA, M. L. G. Interrupções de atividades de enfermeiros e a segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 169-179, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt\\_0104-1169-rlae-23-01-00169.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00169.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2017.

MOREIRA, K. S. et al. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogitare Enferm.**, v. 22, n. 2, e51283, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51283>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

MOREIRA, K. S.; VIEIRA, M. A.; COSTA, S. M. Qualidade da Atenção Básica: avaliação das Equipes de Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 117-127, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0117.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

NASCIMENTO, J. C.; DRAGANOV, P. B. História da qualidade em segurança do paciente. **Hist enferm Rev eletrônica**, v. 6, n. 2, p. 299-309, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/10/Hist%C3%B3ria-da-qualidade-em-seguran%C3%A7a-do-paciente.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

NASCIMENTO, N. B.; TRAVASSOS, C. M. R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 625-651, 2010. Disponível em: <[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/physis/v20n2/a16v20n2.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v20n2/a16v20n2.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2017.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). **Seven steps to patient safety for primary care**. 2006. Disponível em: <<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59804>>. Acesso em: 05 out. 2017.

NETO XIMENES, F. R. G. et al. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentosa na Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 133-140, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a01v60n2.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – Características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisa em administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p.1-5, 1996. Disponível em: <[http://ucbweb.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15482/2195/artigo\\_sobre\\_pesquisa\\_qualitativa.pdf](http://ucbweb.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15482/2195/artigo_sobre_pesquisa_qualitativa.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2017.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafios para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm.**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/40016-162735-1-PB.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2017.

OLIVEIRA JUNIOR, R. G. et al. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p.433-438, 2013. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/155558/A08.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155558/A08.pdf). Acesso em: 07 nov. 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. esp, p. 158-164, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2017.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.5935/1414-8145.20140018&pid=S1414-81452014000100122&pdf\\_path=ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.5935/1414-8145.20140018&pid=S1414-81452014000100122&pdf_path=ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf&lang=pt). Acesso em: 19 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca**. Organização Mundial de Saúde, 2008. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31\\_03\\_2010\\_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31_03_2010_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf). Acesso em: 29 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 1979. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf). Acesso em: 28 abr. 2017.

PAIVA, S. M.A. et al. Teorias administrativas na saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 311-316, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a24.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

PAESE, F. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária a saúde**. 181 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/93894>. Acesso: 20 mar. 2017.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>. Acesso em: 22 mar. 2017.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, p. 11-31, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. **Enc. Bibli. R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf.**, v. 11, n. 21, p. 34-48, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2006v11n21p34/329>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

POGHOSYAN, L.; NANNINI, A.; CLARKE, S. Organizational climate in primary care settings: Implications for nurse practitioner practice. **J Am Assoc Nurse Pract**, v. 25, n. 3, p. 134-140, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24218200>>. Acesso em: 01 nov.2017.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. **R: A Language and Environment for Statistical Computing**. Tradução. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2018. REASON, J. Understanding adverse events: human factors. **Qual Health Care**, v. 4, n. 2, p. 80-89, 1995. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/4/2/80.full.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

REASON, J. T. Safety in the operating theatre – part 2: human error and organisational failure. **Qual Saf Health Care**, v. 14, n. 1, p. 56-61, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743973/>>. Acesso em: 01 out. 2017.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Estratégias para segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <[https://www.rebraensp.com.br/images/publicacoes/manual\\_seguranca\\_paciente.pdf](https://www.rebraensp.com.br/images/publicacoes/manual_seguranca_paciente.pdf)>. Acesso em: 07 mai. 2017.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/19.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

REIS, G. A X. et al. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto Contexto Enferm.**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 1-9, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt\\_0104-0707-tce-26-02-e00340016.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e00340016.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2017.

RODRIGUES, P. M. et al. O registro em prontuário coletivo no trabalho do psicólogo na Estratégia Saúde da Família. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 195-202, 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v22n2/a08v22n2.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

RUNCIMAN, W. et al. Towards AN international classification for patient safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care**. v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzn057>>. Acesso em: 01 nov. 2017.



SARAIVA, D. M. R. F.; ALMEIDA, A. A. Tradução e adaptação cultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para Portugal. **Port J Public Health**, v. 35, n. 3, p. 2-10, 2018. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/Pdf/486015>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Tutoria na atenção primária à saúde Manual operativo selo bronze**. Curitiba, 2018. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ManualSeloBronze\\_2018\\_\\_1.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ManualSeloBronze_2018__1.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Atenção Primária**. Curitiba, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br>>. Acesso: 05 mar. 2017.

SILVA, A. T. et al. Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital patient safety and the nurse's performance in hospital. **Rev enferm UFPR on line**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1532-1538, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/234593/2917>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

SILVA-BATALHA, E. M. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-441, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2018.

SILVA, F. H. C. A atuação dos enfermeiros como gestores em unidades básicas de saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 67-82, 2012. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/5/40>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SILVA, J. R. G.; VERGARA, S. C. Sentimentos, subjetividade e supostas resistências à mudança organizacional. **RAE**, v. 43, n. 3, p. 10-21, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v43n3/v43n3a02.pdf>>. Acesso: 07 jul. 2018.

SILVA JUNIOR, A.; VASCONCELOS, K. C. A.; SILVA, P. O. M. Desenvolvimento organizacional e a formação de lideranças: um estudo no setor de papel e celulose. **R. Adm. FACES Journal**, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 15-31, 2010. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/3104/desenvolvimento-organizacional-e-a-formacao-de-liderancas--um-estudo-no-setor-de-papel-e-celulose>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

SILVA, L. I. M. C.; PEDUZZI, M. Análise da produção científica sobre recursos humanos de enfermagem no Brasil. **Acta Paul Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 36-42, 2006. Disponível em: <<https://www2.unifesp.br/acta/pdf/v19/n1/v19n1a6.pdf>>. Acesso em: 12 out 2018.

SILVA, P. H. P.; RIBEIRO, M. M. R.; MIRANDA, L. I. B. Uso de cadeia causal na análise institucional da gestão de recursos hídricos em reservatório no seminário da Paraíba. **Eng Sanit Ambient.** v. 22. n. 41. 637-646, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/esa/v22n4/1809-4457-esa-s1413-41522017149982.pdf>>. Acesso: 03 out. 2017.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 100-110, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

TIMM, M. **Adaptação transcultural do instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture sobre segurança do paciente para Atenção Primária à Saúde**. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/18698>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 1, p. 26–37, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/1982-0194-ape-29-01-0026.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

TOBIAS, G. C. et al. Cultura de segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. **Enfermería Global**. n. 33, p. 349-361, 2014. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/pt\\_revision1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/pt_revision1.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

TONELLI, I. S.; LANA, F. C. F. Demanda de exames complementares de média complexidade na atenção primária à saúde. **Rev baiana enferm.**, v. 31, n. 3, e22172, 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/22172/15011>>. Acesso em: 08 out. 2018.

TRAESEL, D. F. et al. A Contribuição do Desenvolvimento Organizacional Para Promover Mudanças na Dinâmica dos Sistemas Sociais. In: VIII ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS DA ANPAD, 8., 2014, Gramado. **Anais...GRAMADO: EnEO**, 2014, p. 1-16. Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2014\\_EnEO77.pdf](http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2014_EnEO77.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2017.

VASCONCELOS, M. I. O. et al. Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. **SANARE**, Sobral, v. 17, n. 1, p. 65-73, 2018. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1224/655>>. Acesso: 18 jul. 2018.

VERBAKEL, N. J. et al. Exploring patient safety culture in primary care. **Int J Qual Health Care**, v. 26, n. 6, p.585-591, 2014. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/26/6/585/2886589>>. Acesso em: 01 out. 2017.

VERMEIR P. et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. **Int J Clin Pract**, v.69, n. 1, p. 1257-1267, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4758389/?tool=pubmed>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

VERSTAPPEN, W. et al. A research agenda on patient safety in primary care. Recommendations by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. **Eur J Genl Pract**, v. 21, suppl 1, p. 71-77. 2015. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/13814788.2015.1043726?needAccess=true>>. Acesso em: 01 out. 2017.

VINCENT; C.; AMALBERTI; R. **Cuidados de saúde mais seguros: estratégias para o cotidiano do cuidado**. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2017.

WEGNER W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 3, p. 1-8, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools**. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety: Making health care safer**. Geneva: World Health Organization, 2017a. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 21 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety**. 2017b. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/safer\\_primary\\_care/en/](http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/)>. Acesso em: 21 set. 2017.

ZOPI, F. C. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem na Atenção básica em uma região de saúde**. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Botucatu, 2016. Disponível em: <[https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/137827/zopi\\_fc\\_me\\_bot.pdf?sequence=3](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/137827/zopi_fc_me_bot.pdf?sequence=3)>. Acesso em: 15 ago. 2017.



## APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Karla Crozeta Figueiredo, Silvana Pagani, Alexandra Berndt Razeira Crisigiovanni e Sonia Maria Kalckmann de Macedo, professora e alunas do Mestrado Profissional e Acadêmico de Enfermagem – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você enfermeiro a participar de um estudo intitulado **“Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para a melhoria do cuidado”**, com o intuito de conhecer os cenários de assistência no tocante à segurança do paciente e orientar a tomada de decisão sobre a intervenção na segurança do paciente.

- a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade dos serviços de saúde em relação à segurança do paciente e à gestão de riscos, e, planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e a segurança do paciente nos diversos cenários de atenção à saúde.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a um questionário que avalia a cultura de segurança do paciente, durante seu horário de trabalho, em dia e local por você escolhido. Você poderá escolher se prefere preencher o instrumento ou que o pesquisador preencha sua resposta após ler cada um dos itens do formulário. O tempo máximo de duração previsto é de 1 (uma) hora. Na fase final do estudo, você será convidado a participar de uma reunião para apresentação dos resultados e planejamento das ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente.
- c) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao número de questões ou ao tempo de preenchimento. Caso isso aconteça, você poderá recusar-se a participar da pesquisa e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder à questão que lhe causar desconforto, ou solicitar pausas no preenchimento ou recusar-se a continuar respondendo o questionário.
- d) Além do constrangimento ou desconforto no preenchimento do questionário, não estão previstos riscos diretos, visto que não serão realizados procedimentos invasivos de qualquer natureza, que possam lhe causar dor ou outros riscos.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são o planejamento de ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]  
 Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]  
 Orientador [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD  
 Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |  
 cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

Autenticado em Curitiba - Paraná em 15/05/2018 às 14h05m  
 por [rubrica]  
 [rubrica]

- f) A pesquisadora responsável pelo estudo pode ser localizada nos seguintes endereços: **Karla Crozeta Figueiredo**, Departamento de Enfermagem, Av Lothário Meissner, 632, Bloco Didático II, email: [karlacrozeta@ufpr.br](mailto:karlacrozeta@ufpr.br), telefone 3361-3773, no horário das 08h às 17h, para esclarecer dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como Diretores Acadêmico, Técnico e de Enfermagem do Hospital do Trabalhador. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que **a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**.
- i) O material obtido – questionários e registros de reuniões – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído (picotado) e descartado, no prazo de 5 (cinco) anos.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa [impressão do questionário, material de escritório, caneta, lápis, prancheta, etc para a realização das reuniões] não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

\_\_\_\_\_  
[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD  
Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |  
[cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br) - telefone (041) 3360-7259

## APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO PARA ESTRATÉGIAS DE MELHORIA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Instruções: Este é um instrumento de validação que irá proporcionar as ações estratégicas de melhoria para a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. É muito importante que você responda a todas as questões.

Se uma questão não se aplica, por favor, marque “Não se aplica”.

Por favor, assinale a sua concordância ou discordância dos itens citados.

Pontuação

Discordo totalmente: 1

Discordo: 2

Não concordo e nem discordo: 3

Concordo: 4

Concordo totalmente: 5

Não se aplica: 9

	Escala de <i>likert</i>						Comentários
Questões de validação	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo e nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica	
<b>OBJETIVOS: propósitos, metas e finalidades</b>							
1) Contempla o tema proposto: Segurança do Paciente, Cultura de Segurança e Mudança organizacional na Atenção	1	2	3	4	5	9	

Primária a Saúde							
2) Está adequado para a segurança do paciente e processo de mudança da cultura organizacional na Atenção Primária a Saúde	1	2	3	4	5	9	
3) Esclarece dúvidas sobre a segurança do paciente na Atenção Primária a Saúde	1	2	3	4	5	9	
4) Estimula aprender sobre a cultura de segurança e a mudança organizacional na Atenção Primária a Saúde	1	2	3	4	5	9	
5) Proporciona reflexão sobre a cultura de segurança do paciente mediante aos aspectos relacionados a estrutura, processo de gestão e clínico	1	2	3	4	5	9	
6) Proporciona mudança na	1	2	3	4	5	9	

cultura organizacional na Atenção Primária a Saúde							
<b>ESTRUTURA: organização, coerência e suficiência</b>							
7) Linguagem adequada	1	2	3	4	5	9	
8) Informações corretas	1	2	3	4	5	9	
9) Informações claras	1	2	3	4	5	9	
10) Informações objetivas	1	2	3	4	5	9	
11) Estrutura/apresentação adequada	1	2	3	4	5	9	
<b>RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse</b>							
12) Incentiva a melhoria da Segurança do Paciente na Atenção Primária a Saúde	1	2	3	4	5	9	
13) Ressalta a importância do conteúdo na Atenção Primária a Saúde	1	2	3	4	5	9	
14) Assimila o contexto e semântica sobre a cultura de	1	2	3	4	5	9	

segurança do paciente							
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--

FONTE: A autora (2018).

### Comentários

---

---

---

---





### APÊNDICE 3 - CARTA CONVITE



Curitiba, 29 de março de 2017

#### Declaração

Declaramos que nós da Supervisão do Distrito Sanitário do Boqueirão, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa: Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para a melhoria do cuidado, sob interesse da pesquisadora Sonia Maria Kalckmann de Macedo, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), até o seu final em 2019.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão os Enfermeiros das Unidades de Saúde do distrito citado, que comportam como Estratégia Saúde da Família (ESF). O presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012(CNS) e complementares.

Da mesma forma, estamos cientes que os pesquisadores somente poderão iniciar a pesquisa pretendida após encaminharem, a esta instituição, uma via do parecer de aprovação do estudo exarado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Cordialmente,

Vânia Demoglasckj Buba  
 Distrito Sanitário do Boqueirão

Vânia Demoglasckj Buba

Supervisora do Distrito Sanitário do Boqueirão



## APÊNDICE 4 - CARTA CONVITE PARA AMPLIAÇÃO DA AMOSTRA



Curitiba, 30 de agosto de 2017

### Declaração

Declaramos que nós da Supervisão do Distrito Sanitário do Boqueirão, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa: Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para a melhoria do cuidado sob interesse das pesquisadoras Karla Crozeta Figueiredo e Sonia Maria Kalckmann de Macedo, nas nossas dependências.

O estudo em andamento neste Distrito Sanitário ampliará os participantes da pesquisa e incluirá os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde. Estamos cientes de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012(CNS) e complementares.

Cordialmente,

---

Vânia Demoglaski Buba

Supervisora do Distrito Sanitário do Boqueirão

**ANEXO 1- MEDICAL OFFICE SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE  
(MOSPSC)**

Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

Mestranda: Sonia Maria Kalckmann de Macedo

Orientadora: Professora Dra. Karla Crozeta Figueiredo

Informações:

Qual a sua idade?

18 a 20 anos	<input type="checkbox"/>	40 a 50 anos	<input type="checkbox"/>
20 a 30 anos	<input type="checkbox"/>	mais de 50 anos	<input type="checkbox"/>
30 a 40 anos	<input type="checkbox"/>		

Quanto tempo você é formado?

Menos de 1 ano ☐ De 1 ano a 2 anos ☐

De 2 a 5 anos ☐ De 5 a 10 anos ☐ Mais de 10 anos ☐

Você tem curso de pós-graduação?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, Quantos?

1 ☐ 2 ☐ 3 ou mais ☐

Você tem outro vínculo profissional?

Sim ☐ Não ☐

## INSTRUÇÕES DA PESQUISA

Pense sobre a maneira como as coisas são feitas no serviço de saúde onde você trabalha e dê sua opinião sobre questões que afetam a segurança e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

Se uma questão não se aplica a você ou se você não sabe a resposta, por favor, marque “Não se aplica ou não sei”.

Se você trabalha em mais de um serviço de saúde, ao responder esta pesquisa, responda apenas sobre o local onde você a recebeu; não responda sobre sua prática de forma geral.

Se você trabalha em um local que possui outros serviços de saúde, responda somente em relação ao seu próprio local de trabalho.

### SEÇÃO A: Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade

Os itens a seguir descrevem situações que podem ocorrer em serviços de saúde, afetando a segurança do paciente e a qualidade do cuidado. Pelos seus cálculos, com que frequência os fatos listados abaixo aconteceram em seu local de trabalho NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Acesso ao cuidado	Diariamente	Pelo menos uma vez na semana	Pelo menos uma vez ao mês	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não aconteceu nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
1. Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Identificação do paciente							
2. No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Prontuários/registros							
3. O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4. Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Equipamento							
5. Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

### SEÇÃO A: Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade (continuação)

Com que frequência os fatos listados abaixo aconteceram em seu local de trabalho NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Medicamento	Diariamente	Pelo menos uma vez na semana	Pelo menos uma vez ao mês	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não aconteceu nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
6. O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
7. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Diagnósticos & testes							
8. Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
9. Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
10. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

## SEÇÃO B: Troca de informações com outras instituições

Nos últimos 12 meses, com que frequência **este** serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com:

	Problemas diariamente	Problema pelo menos uma vez na semana	Problema pelo menos uma vez ao mês	Vários problemas nos últimos 12 meses	Um ou dois problemas nos últimos 12 meses	Nenhum problema nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
1. Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
2. Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
3. Farmácias?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4. Hospitais?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Outros? Por favor, especifique: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

## SEÇÃO C: Trabalhando *neste* serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
15. A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

## SEÇÃO D: Comunicação e Acompanhamento

Com que frequência os fatos a seguir ocorrem neste serviço?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica ou não sei
1. Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

## SEÇÃO E: Apoio de gestores/administradores/líderes

**A. Você é gestor/administrador ou tem algum cargo de liderança com responsabilidade para tomar decisões financeiras pelo serviço?**

☐1 Sim → *Vá para Seção F*

☐2 Não → *Continue abaixo*

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre os gestores/líderes do seu serviço?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

## SEÇÃO F: Seu serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

## SEÇÃO G: Avaliação global

### Avaliação global da qualidade

1. No geral, como você classificaria este serviço de saúde em cada uma das seguintes áreas de qualidade de cuidados de saúde?

		Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
a. Centrado no paciente:	É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Efetivo:	É baseado no conhecimento científico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Pontual:	Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Eficiente:	Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Imparcial:	Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de sexo, etnia, status socioeconômico, idioma etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### Avaliação geral em segurança do paciente

2. No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes?

Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## SEÇÃO H: Questões sobre a prática profissional

1. Há quanto tempo você trabalha neste serviço?

- ☐ a. Há menos de 2 meses
- ☐ b. De 2 meses a menos de 1 ano
- ☐ c. De 1 ano a menos de 3 anos
- ☐ d. De 3 anos a menos de 6 anos
- ☐ e. De 6 anos a menos de 11 anos
- ☐ f. Há 11 anos ou mais

2. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste serviço?

- ☐ a. 1 a 4 horas por semana
- ☐ b. 5 a 16 horas por semana
- ☐ c. 17 a 24 horas por semana
- ☐ d. 25 a 32 horas por semana
- ☐ e. 33 a 40 horas por semana
- ☐ f. 41 horas por semana ou mais

3. Qual é o seu cargo neste serviço? Marque UMA categoria que melhor se aplica ao seu trabalho.

- ☐ a. Médico
- ☐ b. Enfermeiro
- ☐ c. Gerência Administrador  
Gerente de Enfermagem  
Gerente de laboratório  
Outro gerente \_\_\_\_\_
- ☐ d. Equipe administrativa  
Registros médicos  
Recepção  
Recepcionista  
Encarregado dos agendamentos (consultas, exames, cirurgia etc.).  
Outro cargo administrativo: \_\_\_\_\_
- ☐ e. Técnico de Enfermagem
- ☐ f. Outro pessoal clínico:  
Técnico de Laboratório  
Técnico em Saúde Bucal
- ☐ Odontólogo ☐ Fisioterapeuta ☐ Nutricionista
- ☐ Farmacêutico ☐ Psicólogo ☐ Terapeuta Ocupacional
- ☐ Assistente Social ☐ Agente Comunitário de Saúde
- ☐ Outra função. Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

**SEÇÃO I – Seus comentários**

Por favor sinta-se à vontade para fazer os comentários que você queira sobre segurança e qualidade assistencial no serviço onde você trabalha.

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTA PESQUISA

**ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para a melhoria do cuidado

**Pesquisador:** Karla Crozeta

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66939717.3.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.043.970

**Apresentação do Projeto:**

O projeto será desenvolvido junto aos programas de pós graduação em enfermagem (mestrado acadêmico e profissional) e tem como foco a avaliação da cultura de segurança de instituições de saúde, visando a elaboração de estratégias para a melhoria da segurança do paciente.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde no tocante à segurança do paciente e à gestão de riscos.

Planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente nos diversos cenários de atenção à saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os pesquisadores referem que o presente estudo não trará nenhum risco direto aos participantes, visto que farão o preenchimento dos instrumentos de cultura de segurança do paciente (Etapa 1) e na pactuação das ações estratégicas (Etapa 4). Os dados coletados serão de natureza quanti-qualitativa e obtidos mediante um processo de amplo esclarecimento dos objetivos da pesquisa e voluntária participação, sendo que os pesquisadores se comprometem em mantê-los sob sigilo e assegurarem a confidencialidade de todo o processo. Não serão realizados procedimentos invasivos de qualquer natureza, que possam causar dor ou risco aos participantes da pesquisa.

Há um risco remoto de que alguma questão cause constrangimento ao participante voluntário,

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80 060-240

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.043.970

sendo tal risco remediado com a informação de que o respondente pode não se pronunciar sobre o que for perguntado. Além disso, a participação dos profissionais será agendada previamente e o tempo de duração das atividades será previsto para não haver prejuízos ao andamento do trabalho ou exaustão do participante.

Como benefícios, as informações coletadas e analisadas servirão de base para fomentar a discussão sobre avanços na qualidade da prestação dos serviços de higienização e assistência de enfermagem, com foco na melhoria da qualidade dos serviços aos pacientes/usuários, família e comunidade.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto claro, relevante, a ser realizado em Unidades Básicas do Município de Campo Largo, sendo os participantes enfermeiros; e no Hospital do Trabalhador, com enfermeiros e trabalhadores da higienização.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos estão adequados

**Recomendações:**

Não se aplica

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma

Endereço: Rua Padre Camargo, 265 - Térreo  
Bairro: Alto da Glória  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer 2 043 970

Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio)

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_889922.pdf	11/04/2017 11:56:54		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_para_inicio_da_pesquisa.pdf	11/04/2017 11:33:58	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_servico_CampoLargo_corrigido.pdf	11/04/2017 11:33:34	Karla Crozeta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Esqueleto_CEP_KarlaCrozeta.pdf	06/04/2017 17:07:06	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Check_list.pdf	06/04/2017 17:04:11	Karla Crozeta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissionais_da_higiene.docx	06/04/2017 17:02:52	Karla Crozeta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Enfermeiros.docx	06/04/2017 17:01:24	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_responsabilidades_no_projeto.pdf	06/04/2017 16:58:47	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_uso_especifico_de_dados_coletados.pdf	06/04/2017 16:57:43	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_tornar_publicos_os_resultados.pdf	06/04/2017 16:55:22	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_confidencialidade.pdf	06/04/2017 16:55:04	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_do_coparticipante_SMS_Campo_Largo.pdf	06/04/2017 16:54:35	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_coparticipante_HT.pdf	06/04/2017 16:54:18	Karla Crozeta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_do_servico_HT.pdf	06/04/2017 16:52:37	Karla Crozeta	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80 060-240

E-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer 2 043 970

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_concordancia_do_servico_SM S_Curitiba.PDF	06/04/2017 16:52:18	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Analise_de_merito_cientifico.pdf	06/04/2017 16:51:00	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Extrato_de_ata_PPGENFMP.pdf	06/04/2017 16:50:32	Karla Crozeta	Aceito
Outros	OF_07_2017_encaminhamento_de_extrato_de_ata.pdf	06/04/2017 16:49:34	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Oficio_de_encaminhamento_do_pesquisador_responsavel.pdf	06/04/2017 16:48:26	Karla Crozeta	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	06/04/2017 16:45:12	Karla Crozeta	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 03 de Maio de 2017

---

**Assinado por:**  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo  
**Bairro:** Alto da Glória  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3380-7259

**CEP:** 80 060-240

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br